

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR TÍTULO A GRADO DE
ENFERMERÍA:**

**ESTILOS DE VIDA DE LOS ESTUDIANTES DEL PROGRAMA DE ENFERMERÍA
DE UNA INSTITUCIÓN DE CARÁCTER OFICIAL DE LA CIUDAD DE SANTA
MARTA, MAGDALENA.**

SANDRA POLO

AURISBETH ROJAS

DIANA UTRIA

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERA
SANTA MARTA**

2014

CONTENIDO

RESUMEN	5
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCIÓN	8
JUSTIFICACION	10
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
2. ANTECEDENTES	15
3. MARCO TEORICO	22
4. MARCO CONCEPTUAL	30
5. OBJETIVOS.....	34
1.1. OBJETIVO GENERAL:	34
1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:.....	34
6. METODOLOGÍA.....	35
6.1. TIPO DE ESTUDIO.....	35
6.2. UNIVERSO.....	35
6.3. POBLACIÓN	35
6.4. TÉCNICA DE MUESTREO/MUESTRA	35
6.5. VARIABLES INDEPENDIENTES.....	36
6.6. VARIABLES DEPENDIENTES	36
6.7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	36
6.8. TÉCNICAS DE PROCESO DE RECOLECCIÓN.....	36
6.9. ANÁLISIS DE RESULTADOS	37
6.10. INSTRUMENTO	37
6.11. ASPECTOS ÉTICOS.....	38
7. RESULTADOS	39
7.1. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA:.....	39
7.2. COMPORTAMIENTOS Y RIESGOS EN SALUD.....	68
7.3. CONOCIMIENTO DEL ESTILO DE VIDA SEGÚN LOS COMPORTAMIENTOS Y ALTERACIONES.....	70
8. DISCUSIÓN	71

9. CONCLUSIÓN	77
10. SUGERENCIA	78
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
ANEXO.....	84

LISTA DE GRAFICAS

Gráfica 1	Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mí:	39
Gráfica 2	Yo doy y recibo cariño.....	40
Gráfica 3	Soy integrante activo de un grupo de apoyo a mi salud y calidad de vida (organizaciones de autocuidado, clubes de enfermos crónicos, deportivos, religiosos, adultos mayores y otros yo participo:.....	41
Gráfica 4	Yo realizo actividad física (caminar, subir escaleras, trabajo de casa) o deporte durante 30 minutos cada vez.....	42
Gráfica 5	Yo camino al menos 30 minutos diariamente.....	43
Gráfica 6	Como 2 porciones de verduras y 3 de frutas.....	44
Gráfica 7	A menudo consumo mucha azúcar o sal o comida chatarra o con mucha grasa	45
Gráfica 8	Estoy pasado(a) en mi peso ideal en	46
Gráfica 9	Yo fumo cigarrillos	47
Gráfica 10	Generalmente fumo ____cigarrillos por día	48
Gráfica 11	Mi número promedio de tragos (botella de cerveza, vaso de vino)	49
Gráfica 12	Bebo más de 4 tragos en una misma ocasión.....	50
Gráfica 13	Manejo el auto después de beber alcohol	51
Gráfica 14	Uso drogas como marihuana, cocaína o pasta de base	52
Gráfica 15	Uso excesivamente los remedios que me indican o los que puedo comprar sin receta	53
Gráfica 16	Bebe café, té o bebidas cola que tienen cafeína.....	54
Gráfica 17	Duermo bien y me siento descansado (a)	55
Gráfica 18	Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión en mi vida	56
Gráfica 19	Yo me relajo y disfruto mi tiempo libre.....	57
Gráfica 20	Parece que ando acelerado	58
Gráfica 21	Me siento enojado/a o agresivo/a.....	59
Gráfica 22	Yo me siento contento con mi trabajo o mis actividades.....	60
Gráfica 23	Yo soy un pensador positivo u optimista	61
Gráfica 24	Me siento tenso/a o apretado/a.....	62
Gráfica 25	Me siento deprimido/a o triste	63
Gráfica 26	Me realizo control de salud en forma periódica.....	64
Gráfica 27	Control de la salud- Conducta sexual	65
Gráfica 28	En mi conducta sexual me preocupo del autocuidado y del cuidado de mi pareja....	66
Gráfica 29	Como peatón, pasajero del transporte público y/o automovilista, soy respetuoso de las ordenanzas de transito.....	67
Gráfica 30	Uso cinturón de seguridad	68

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 .Promedio de las dimensiones evaluadas por el cuestionario FANTASTICO.	69
Tabla 2 Evaluación del estilo de vida de la muestra de estudiantes.	70

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue describir los comportamientos que hacen parte de los estilos de vida de los jóvenes universitarios bajo diez dimensiones: Familia y amigos, Asociatividad y actividad física, Nutrición, Tabaco, Alcohol y otras drogas, Sueño y estrés, Trabajo y tipo de personalidad, Introspección, Control de salud y conducta sexual y Otras conductas. Participaron 199 universitarios (18,6% hombres y 81,4% mujeres) estudiantes del programa de enfermería de una institución de carácter oficial de la ciudad de Santa Marta, con edades comprendidas entre los 16 a 33 años, con edad promedio de 21,6 años (DE: 3,35 años), quienes diligenciaron el cuestionario “Fantástico”. Los resultados obtenidos muestran un predominio de prácticas saludables en la mayoría de las dimensiones, con excepción de Asociatividad y actividad física, Nutrición, Sueño y estrés y Conductas de salud y conducta sexual. La dimensión mejor evaluada es la concerniente al consumo de Tabaco y la menor puntuada es la dimensión Asociatividad – Actividad física. El sexo femenino presenta mejores puntuaciones en la mayoría de las dimensiones, excepto en la dimensión Asociatividad - Actividad física donde el sexo masculino presenta mayor puntuación. El estilo de vida es puntuado en general como “bueno” con un puntaje de 93 (DE: 10).

Palabras clave: Estilos de vida, conducta, factores de riesgo, hábitos,

ABSTRACT

The aim of this study was to describe the behaviors that are part of the lifestyles of university students in ten dimensions: Family and friends, associativity and physical activity, nutrition, Tobacco, alcohol and other drugs, stress and sleep, work and type of personality, Introspection, health and sexual behavior and other behaviors. 199 students participated (18.6% male and 81.4% female), students of nursing program from a public institution of the city of Santa Marta, aged between 16-33 years, mean age 21.6 years (SD: 3.35 years), who administered the "Fantasy" questionnaire in its Spanish version. The results show a predominance of healthy practices in most dimensions, except for associativity and physical activity, nutrition, sleep and stress and health behaviors and sexual behavior. The best evaluated dimension is relative to tobacco consumption and lower punctuated is the associativity dimension-physical activity. The female has better scores in most dimensions except in the associativity-Physical activity one where male presented higher scores. The lifestyle is generally rated as "good" with a score of 93 (SD 10).

Key words: Lifestyles, behaviour, risk factors, habits, university students.

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida de las personas está determinada por su estilo de vida el cual está integrado por aspectos como la alimentación, el consumo de drogas, el ejercicio físico entre otros factores que influyen directamente sobre el proceso salud-enfermedad. En la década de los 80, Raven(1) observó que la dislipidemia, la hipertensión arterial y la hiperglucemia, eran condiciones asociadas a inadecuados estilos de vida con factores como el sedentarismo y malos hábitos alimenticios, por su parte Belloc (1973) asocia los estilos de vida saludables con mayor longevidad y otros autores, resaltan que sujetos que practican actividad física de manera regular, se alimentan de forma balanceada, y presentan menores índices de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas, presentaban menor incidencia de enfermedades cardio-metabólicas (1-4).

El concepto de estilo de vida es entendido como “la forma de vida de las personas o de los grupos” (5). En una definición más amplia, en la sesión 31 del comité regional de la OMS para Europa, se define el estilo de vida como “una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales” (6). La promoción de la salud, es un tema prioritario de la atención primaria en la salud y se refiere al desarrollo y fortalecimiento de las conductas y estilos de vida que conducen a el logro de un estilo de vida saludable, como estrategia para mejorar la calidad de vida de la población y minimizar costos en salud.

Modificar los estilos de vida de los estudiantes universitarios conduce a mejorar su calidad de vida impactando sobre su sistema personal, familiar y profesional, contribuyendo al desarrollo de dichos sistemas. La promoción de la salud se desarrolla bajo muchos espacios

diferentes usando como base la tesis de que “la salud es construida y vivida por las personas en su ambiente cotidiano, donde ellas trabajan, aprenden, juegan y aman” (Ottawa CharterforHealthPromotion; 1986).

Bajo las anteriores apreciaciones, cobra importancia el conocer el estilo de vida de los estudiantes universitarios y su impacto sobre la salud en la actualidad y al aumento del riesgo de padecer ciertas enfermedades a futuro, en conjunto, con el uso de una amplia gama de servicios que influyen sobre el proceso de salud enfermedad por parte de la comunidad universitaria como los servicios de transporte, alimentación y ciertas conductas como el consumo del tabaco, alcohol y la presencia de cambios en la personalidad derivados o no del estudio como de privación de sueño, estrés, falta de tiempo, entre otras. Para conocer el estilo de vida, se han desarrollado una serie de cuestionarios económicos y de fácil aplicación que evalúan las diferentes conductas relacionadas con la salud (7-10).

El presente proyecto de investigación describe los estilos de vida de los estudiantes universitarios del programa de enfermería de una institución oficial del Magdalena, usando el instrumento FANTASTIC, en su versión en español, cuestionario FANTASTICO, diseñado en el departamento de Medicina Familiar de la Universidad McMaster de Canadá, el cual permite identificar y medir el estilo de vida de una población determinada (11).

JUSTIFICACION

El estilo de vida y las conductas de salud representan los comportamientos que actúan negativamente sobre la salud a los que el sujeto se expone voluntariamente y sobre los que podría ejercer cierto mecanismo de control, a partir de la visión de que la salud es un evento de búsqueda activa.

Para el presente proyecto de investigación, se uso la influencia de los determinantes de salud de Lalonde sobre la mortalidad, específicamente los referidos al estilo de vida, donde se exponen los estilos de vida no saludables (drogas, sedentarismo, alimentación, estrés, conducta sexual insana, conducción peligrosa y mala utilización de los servicios sociosanitarios) como el grupo que más influencia posee sobre la salud. El estilo de vida inadecuado, representa el 43% de mortalidad en países desarrollados como Canadá. De esto radica la importancia dada al asunto, usando los determinantes de Lalonde como base para la justificación de la realización del presente estudio, partiendo desde la atribución otorgada a los estilos de vida poco saludables sobre la morbi-mortalidad de la población en general. Se aclara que los determinantes de salud de Lalonde solo son usados como una referencia para la justificación de la investigación presentada, ya que agrupa los estilos de vida poco saludables y los expone en razón de mortalidad asociada a la presencia de dichos factores, mas no comprende un marco conceptual para el desarrollo de la presente investigación.

Numerosos estudios en los Estados Unidos y Europa, realizados después de la aparición del informe Lalonde confirman la importancia de los estilos de vida como principales determinantes en salud, al menos en los países desarrollados, proponiendo mayores porcentajes de recursos para las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, siendo

la presente investigación la base diagnóstica para la formulación de estrategias de intervención para mejorar la calidad de vida como factor objetivo de consecución de un estilo de vida saludable.

Por otro lado, El clásico modelo de capas de Dahlgren y Whitehead (1991) (12), muestra los determinantes de la salud en capas concéntricas que van desde los determinantes estructurales en la capa externa (condiciones generales, socioeconómicas, culturales y medioambientales), pasando por redes sociales y comunitarias, factores del estilo de vida individual hasta llegar al centro donde se ubican las características no modificables como el sexo, la edad y factores hereditarios.

Lo anteriormente mencionado sirve para enmarcar la dimensión del problema y justificar la importancia de conocer dichos determinantes en la población universitaria, pudiendo relacionarse con las estrategias de Salud para todos bajo el marco de las universidades saludables, siendo este un elemento diagnóstico inicial de los condicionantes de la salud de los estudiantes Universitarios del programa de enfermería evidenciando las áreas a intervenir para mejorar la calidad de vida del alumnado a corto plazo, y en consecuencia, una mejor calidad de vida profesional a futuro.

Por otro lado, el entorno universitario es propicio para la modificación y/o adquisición de estilos de vida considerados saludables. Las instituciones de educación superior pueden transformarse en un modelo de lugar que promueva la salud, debido a que poseen las capacidades intelectuales, habilidades, autoridad y la credibilidad sobre el alumnado y la población general para realizar dicho propósito siendo un terreno ideal para aplicar evaluar y desarrollar la promoción de la salud, además que modificar los factores de riesgo hallados en la población

estudiantil es una estrategia de intervención para el futuro, mejorando la calidad de vida de los futuros profesionales en las esferas que lo integran como ser humano, para esto deben asumir la responsabilidad social de ofertar a los estudiantes un aprendizaje que les será de beneficio social a lo largo de toda su vida.

Las universidades no sólo han de integrarse en la comunidad, ciudad y el contexto social en el cual se encuentran, sino que también deben contribuir a promocionar y potenciar los valores que permiten incrementar el bienestar, la autonomía y el completo desarrollo de la persona.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen numerosos estudios sobre los estilos de vida de los jóvenes universitarios que demuestran un predominio de estilos de vida no saludables, caracterizado por el alto consumo desmedido de alcohol, tabaco y otras drogas, trastornos alimentarios, dietas poco equilibradas y sedentarismo. Estas conductas de riesgo contribuyen con la morbilidad y la mortalidad de la población. La dislipidemia, hipertensión arterial y la hiperglucemia en la diabetes tipo II, son condiciones asociadas a estilos de vida poco adecuados como el sedentarismo y la ingesta de alimentos con altos contenido de grasas, carbohidratos y azúcares. En una asociación positiva, Belloc (1973) asocia estilos de vida saludables con mayor longevidad y otros autores refieren menor incidencia de enfermedades cardíacas y metabólicas en personas que realizan actividad física regular y poseen hábitos alimenticios adecuados, en las cuales también se reportan menores índices en el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas.

No obstante, los estilos de vida de estudiantes universitarios en Colombia es un tema poco estudiado, siendo este un factor que influye negativamente en la aplicación de intervenciones de promoción y prevención con un mayor enfoque al individuo y no al entorno.

En ese orden de ideas, se deben identificar aspectos claves a intervenir para mejorar la calidad de vida de los estudiantes del programa de enfermería a partir de datos reales auto declarados por el alumnado.

La presente investigación identifica y explora los comportamientos de las 10 dimensiones que integran el estilo de vida en los estudiantes del programa de enfermería de una Institución de educación superior del Magdalena. Los estudios citados anteriormente exponen la necesidad de

conocer los estilos de vida de los estudiantes universitarios del programa de enfermería en las dimensiones: Familia y amigos, Asociatividad y actividad física, Nutrición, Tabaco, Alcohol y otras drogas, Sueño y estrés, Trabajo y tipo de personalidad, Introspección, Control de salud y conducta sexual y Otras conductas; a fin de servir como base para la formulación de planes de intervención que mejoren la calidad de vida a corto, mediano y largo plazo durante las diferentes etapas por las que atraviesan los futuros profesionales de la salud.

A partir de lo anterior, la pregunta problema propuesta para la presente investigación es:

- Como es el estilo de vida de los estudiantes del programa de enfermería de una institución de carácter oficial de la ciudad de Santa Marta, Magdalena relacionados con aspectos: Familia y amigos, Asociatividad y actividad física, Nutrición, Tabaco, Alcohol y otras drogas, Sueño y estrés, Trabajo y tipo de personalidad, Introspección, Control de salud y conducta sexual y Otras conductas?

2. ANTECEDENTES

Numerosos estudios relacionan la vida universitaria con patrones disfuncionales de vida. El periodo universitario suele coincidir con el final de la adolescencia con el principio de la edad adulta, y siendo muchos de los universitarios aun adultos continúan presentando cambios fisiológicos y psicológicos propios de la adolescencia tardía; por otro lado, los universitarios más jóvenes se encuentran en un proceso de crecimiento anabólico y reposición de nutrientes, por lo que su estilo de vida es de vital importancia en dicho procedimiento de desarrollo pudiendo ser una influencia tanto positiva como negativa para su estado de salud.

La vida universitaria suele asociarse con patrones disfuncionales de alimentación, alto consumo de bebidas alcohólicas, trastornos en el patrón de sueño y altos niveles de estrés, lo cual unido a un incremento en los requerimientos nutricionales de la etapa propia del crecimiento y la demanda aumentada de nutrientes propios de las actividades metabólicas aumentadas por el estudio hacen de vital importancia la consecución y mantenimiento de los estilos de vida adecuados en esta población determinada (13-14). Por otro lado los estilos de vida diferenciados salen a relucir en el ámbito de la actividad y el ejercicio físico, que van desde el sedentarismo hasta la práctica de deportes de competición, lo cual dificulta la unanimidad en los mensajes a transmitir (15).

En una aproximación a la realidad de los estudiantes Universitarios, un estudio conducido en el Reino Unido en el año 1996 sobre el consumo de alcohol y drogas ilícitas, encontró que el 89% de los universitarios encuestados eran bebedores, de los cuales el 15% reporto consumo elevado de alcohol, el 55% de las mujeres y el 60% de los hombres reportaban haber consumido marihuana. En cuanto a otras drogas, el 33% reportó haber usado éxtasis, LSD y anfetaminas. El

13% de los estudiantes iniciaron con las drogas luego de iniciar la universidad. La razón para el consumo elevado de alcohol y drogas, fue por placer. Se identifican altos niveles de ansiedad y patrones disfuncionales de sueño (16).

En Suecia, un estudio conducido por Von Bothmer M. y Fridlund B. (2005) en una muestra de 479 estudiantes, en el cual se investigó las diferencias de género en los hábitos de vida y la motivación para estilo de vida saludable, arrojó que las estudiantes de sexo femenino tenían hábitos de vida más saludables en las dimensiones de consumo de alcohol y hábitos alimenticios pero mostraban mayores niveles de estrés. Los estudiantes masculinos, por otro lado, mostraban altos niveles de sobrepeso y obesidad y estaban menos interesados en consejos de nutrición y actividades para mejorar su salud. Las diferencias de género apuntan al impacto del estrés en las estudiantes de sexo femenino y el riesgo de los estudiantes de sexo masculino al tener hábitos poco saludables en su nutrición en combinación con inactividad física y alto consumo de alcohol (17).

En Inglaterra, Ashton CH y Kamali F (1995), en su estudio titulado “Personality, Lifestyles, alcohol and drugconsumption in a sample of British medical students” reportan que el 25.5% de los estudiantes bebedores de alcohol, exceden los niveles recomendados en esta actividad. El 49.2% usa o usó Cannabis y el 22% refieren haber usado otras drogas ilícitas. El 39.3% de los estudiantes tienen niveles de ansiedad en niveles clínicos significativos. Se reportan niveles de actividad física, uso del cigarrillo y consumo de cafeína en niveles poco saludables (18).

Un estudio conducido en los Emiratos Árabes en una muestra de 300 estudiantes de sexo masculino donde se estudió la relación entre la obesidad y los estilos de vida, concluyó que la

prevalencia de obesidad en estudiantes masculinos estaba cerca de los 35.7%. El riesgo de obesidad era mayor en quienes poseían historial familiar de obesidad, veían televisión por más de 4 horas al día, fumaban, no practicaban deportes y tenían auto, mas, solo el historial familiar de obesidad resultó ser estadísticamente significativo. Este estudio sugiere que factores sociales y factores relativos al estilo de vida son factores importantes en la incidencia de la obesidad en estudiantes de sexo masculino (19).

Una aproximación al campo de la enfermería, hace énfasis en el cambio en los estilos de vida de los estudiantes de enfermería en el avance en su carrera. Un estudio realizado en la escuela de Enfermería de la Universidad de Marmara en Turquía, con una muestra de 57 estudiantes a quienes se le aplicó un cuestionario al iniciar el curso y al finalizarlo, evidencio mejorías significativas en su autocuidado, práctica de deportes, soporte interpersonal (emocional), manejo del estrés y nutrición (20). Esto concuerda con numerosos reportes científicos donde se asevera que el entrenamiento en enfermería es responsable de cambios en las dimensiones física, mental y moral, y que un estilo de vida más saludable se desarrolla positivamente durante el proceso educativo (21-23). Un estudio longitudinal demuestra que los estudiantes de enfermería tienden a mejorar algunos comportamientos en salud durante sus años de universidad (24).

Rodríguez y Agulló (1999) en su estudio “Estilos de vida, cultura, ocio y tiempo libre de los estudiantes universitarios “en una muestra de 340 estudiantes de la universidad de Oviedo en España, se enmarca el alto consumo de alcohol y gran frecuencia con que los universitarios salen a bares/pubs, un 80% de la población realiza actividad física donde un 33% lo practica regularmente, un 48% declaró haber consumido o consumir actualmente marihuana y poco más del 3% refiere haber consumido sustancias psicoactivas (25)

Por otro lado, en un estudio realizado en España, con una muestra de 978 estudiantes de 21 universidades, se pudo encontrar dietas inadecuadas presentando un consumo bajo de cereales, derivados, carnes, productos cárnicos y lácteos, se halla que el 27.1% de los estudiantes encuestados presentan IMC<18,5 y >25 considerado fuera de los rangos de la normalidad consumiendo entre 3 a 5 comidas por día. En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, el 56% refiere consumir cerveza, el 20% consume vino y sidra (11%), siendo el consumo mayor en la población masculina (26).

Arguello M et al (2009) realiza una aproximación al presente estudio al evaluar en la ciudad de Bucaramanga los estilos de vida de 378 estudiantes del área de la salud. Dicho estudio concluyó prácticas poco saludables en las dimensiones ejercicio y actividad física, consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales y sexualidad, mientras prácticas saludables se evidencian en las dimensiones de auto cuidado y cuidado médico, relaciones interpersonales y estado emocional percibido (27).

Lema L et al (2009), en una muestra de 598 estudiantes (44,7% hombres y 55,3% mujeres) de una universidad privada de Colombia a quienes se aplicó el Cuestionario de estilos de vida de jóvenes universitarios “Cevju” que evalúa el estilo de vida de los universitario bajo diez dimensiones: ejercicio y actividad física, tiempo de ocio, autocuidado y cuidado médico, alimentación, consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales, sueño, sexualidad, relaciones interpersonales, afrontamiento y estado emocional percibido, y su correspondiente grado de satisfacción con dichas prácticas. Este estudio mostró un predominio de prácticas saludables en todas las dimensiones, con excepción de ejercicio y actividad física. Los principales comportamientos que se destacan como menos saludables en esta área son: la poca o nula realización de algún ejercicio o práctica corporal durante al menos 30 minutos, tres veces a la

semana (77%), y caminar o montar bicicleta en lugar de tomar otro medio de transporte si necesita movilizarse a un lugar cercano (67,5%). y se evidencia alta satisfacción con el estilo de vida y el estado general de salud (28).

Páez M y Castaño J (2010), investigaron sobre los estilos de vida de una muestra de 172 alumnos de la facultad de Psicología de la Universidad de Manizales, este estudio arrojó que el 39,4% tiene una actividad diferente al estudio, la cual corresponde al trabajo y al deporte en la misma proporción. Se identificó un 65,1% de no fumadores; 26,9% no consumen alcohol; 34,6% presenta problemas con el alcohol y un 21,1% presenta dependencia del alcohol. Si bien el 65% manifiestan protegerse contra ETS y el 87,2% se protege contra embarazo, esta protección no se da siempre. Relación en su mayoría muy estrecha solo con la familia, buena en su mayoría con amigos, compañeros de universidad, docentes y formación humana; distante con las restantes redes de apoyo que ofrece la universidad. Resalta un 62,9% de disfunción familiar, entre leve y severa. Sólo el 13,6% de los estudiantes presenta una alimentación adecuada; se identificó un 28,7% con factor de riesgo positivo para trastornos de la conducta alimentaria; 65,2% de estudiantes presenta somnolencia ligera y 24,7% presentan factor de riesgo positivo para impulsividad. 40% de la población presenta problemas de ansiedad y 7,7% problemas de depresión; riesgo suicida de 14,8% (29).

Salazar I y Arrivillaga M (2004), en una muestra de 754 estudiantes de todas las carreras de pregrado de la Universidad Pontificia Javeriana de Cali encontraron que el 95% de los estudiantes tiene en general un Estilo de Vida Saludable o Muy Saludable. Sin embargo, los hallazgos específicos en la dimensión "Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas", muestran un Estilo de Vida Poco Saludable. Las Prácticas No Saludables fueron: Consumir más de tres coca colas en la semana (73.8%), consumir licor al menos dos veces en la semana (55%),

consumir más de dos tazas de café al día (55.2%) y fumar (51.9%). Igualmente, se identificó que sólo el 16.8% prohíbe que fumen en su presencia, la cual es una práctica que se constituye un factor de riesgo para la salud. Las Prácticas Saludables más destacadas fueron: Reconocer en qué momento debe parar de beber (69.1%), no consumir drogas (marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis, achís, entre otras) (89.5%), y decir "no" a las drogas (72.6%). Por otra parte, se identificó que algunas veces o nunca consumen licor o drogas cuando se angustian (84.3%), lo cual también es un factor de protección para la salud. Por otro lado, el 66.6% tuvo un alto nivel de Creencias Favorables para la salud (30).

Muñoz M y Uribe A (2013), en una muestra de 180 estudiantes de la Universidad Pontificia Bolivariana de Montería, muestra que el estilo de vida tiende a ser saludable en el 73,9% de los estudiantes encuestados, manteniendo las mujeres practicas más saludables frente al sexo opuesto. Se encuentran incongruencias entre las creencias en salud y la aplicación de dichos conocimientos. Hábitos poco saludables fueron hallados en las dimensiones actividad física, recreación y tiempo libre, nutrición y alcohol y otras drogas (31).

Ledo-Varela R et all (2011); valoraron la situación antropométrica y estilo de vida (actividad física, tabaquismo y consumo de alcohol) de una muestra de 111 universitarios del último curso de Nutrición humana y Dietética. Se encontró que un 6,4% de mujeres presentaron un peso inferior al saludable (ningún hombre se encontraba en este grupo), mientras que un 27,8% hombres y un 6,5% mujeres estaban en rango de sobrepeso. Un 15,3% de casos presentó un perímetro de cintura excesivo. La masa grasa, hallada por AIB, fue superior en las mujeres. Por otro lado, un 67% de universitarios declararon realizar ejercicio físico habitualmente, un 16,7% se declararon fumadores, y un 55,6% declararon consumo de alcohol de alta graduación. Se evidencia un significativo porcentaje de mujeres en peso inferior al saludable, personas con

sobrepeso, fumadores y bebedores de alcohol de alta graduación de manera habitual, lo cual predispone a la población objeto de estudio a patologías cardiovasculares a futuro (32).

Córdoba D, Carmona M (2013) en su estudio Relación del estilo de vida y estado de nutrición en estudiantes universitarios: estudio descriptivo de corte transversal. Investigaron sobre la relación entre el estilo de vida y el estado nutricional en una muestra de 404 estudiantes en la Universidad Autónoma Del Estado de México, Amecameca. A quienes se aplicó el cuestionario FANTASTIC encontrando que el 81,1% de los estudiantes tiene un estilo de vida saludable y el 65% fue clasificado como normal de acuerdo al IMC (33).

3. MARCO TEORICO

Hasta mediados del siglo XX, el concepto de salud abarcaba la ausencia de enfermedad o invalidez, siendo este un concepto negativo y reduccionista, donde solo el personal médico podía intervenir. A partir de las dificultades presentadas por la definición de salud donde el límite entre lo normal y lo patológico era discutible, se empieza a gestar para la década de los 40`s una perspectiva de salud más allá del dúo salud-enfermedad, iniciando las definiciones de la salud desde un aspecto positivo. Sigerist (1941), asevera que “la salud no es simplemente la ausencia de enfermedad; es algo positivo, una actitud gozosa y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida impone al individuo”. Para 1956, René Dubos reorienta la definición de salud y le incorpora la dimensión mental, al concepto cerrado de salud física, conceptualizando la salud como un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite al ser humano desarrollar sus actividades en el ambiente en el que viven a lo largo del mayor tiempo posible; dicho concepto fue luego ampliado por Herbert Dunn (1959), quien considera que la salud está integrada por tres dimensiones; la dimensión física-orgánica, psicológica y social.

Así, la dimensión de salud ha experimentado diferentes cambios incluyendo en su definición dimensiones concernientes al bienestar, calidad de vida, desarrollo personal, capacidad de funcionamiento, desarrollo personal, ajuste psicosocial y el auto cuidado, entre otras (34-35). Todos estos objetivos de investigación del presente proyecto.

Para el año 1945, Stampar presentó una definición de salud más simple que integra las dimensiones antes descritas, siendo la aceptada actualmente por la OMS, donde se define la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de

enfermedades o invalideces”, esta definición al igual que las demás presenta críticas al equiparar salud con bienestar y al usar el término “completo”, el cual es más una declaración de intenciones pues rara vez o nunca se alcanza, siendo además una definición estática que no acepta degradaciones, siendo contradictorio a la salud como un estado dinámico, cambiante y en gran nivel subjetivo (36).

Finalmente con el objetivo de corregir los defectos en la definición de la OMS, Milton Terris (1975) sugiere que hay distintos grados de salud como de enfermedad, considerando dos polos; uno subjetivo, percepción de bienestar y otro objetivo determinado por la capacidad de funcionamiento (trabajar, estudiar, gozar la vida, etc.), sencillamente añadiendo la posibilidad de medir el grado de salud aboliendo el término “completo” de la definición e incluyendo el término “funcionamiento”; así, se define la salud como “un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de enfermedades e invalideces” (37).

Con el concepto de salud como derecho fundamental, en 1986 se llevó a cabo en Ottawa, Canadá la primera conferencia internacional sobre la promoción de salud, en la cual se elaboró la Carta de Ottawa dirigida a la consecución del objetivo “Salud para todos en el año 2000”, resaltando la importancia de las personas y las organizaciones en la creación de oportunidades y elecciones saludables (OMS, 1986), que señalo la consecución de un grado de salud para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva; la denominada Estrategia de Salud para Todos en el Año 2000. La carta de Ottawa pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud (38).

Actualmente, se entiende la Promoción de la salud no solo como un derecho deseable para los ciudadanos, sino como la Prevención de la enfermedad (39). Numerosos estudios avalan la promoción de la salud como un evento positivo en la vida de las personas, a través de la medición de biomarcadores como el cortisol salival, la modificación del riesgo cardiovascular, cambios en los niveles de citoquinas pro-inflamatorias y la duración de la fase del sueño REM (40).

Con la evolución del concepto de salud del siglo XX, se plantea el estudio de los determinantes de la salud como un conjunto de factores que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones.

El esquema de Laframboise (1973) desarrollado por Marc Lalonde y expuesto en el informe “A new perspective on the health of Canadians” (1974), asegura que gran número de muertes prematuras e incapacidades podrían ser prevenidas en su país. Lalonde expone como los principales determinantes de la salud de las personas, la biología humana (carga genética, crecimiento y desarrollo, envejecimiento), medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural), estilos de vida y conductas de salud (drogas, sedentarismo, alimentación, estrés, conducta sexual insana, conducción peligrosa y mala utilización de los servicios sociosanitarios) y sistemas de cuidados de salud (beneficios de las intervenciones preventivas y terapéuticas, sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria, listas de espera excesivas y burocratización de la asistencia).

Por otro lado, el estudio de los estilos de vida cobra su auge para los años 80's. Según Menéndez (1998) (41), el concepto de estilo de vida, se construyó a partir de corrientes teóricas como el Marxismo, el comprensivismo weberiano, el psicoanálisis y el culturalismo

antropológico, y su objetivo era producir un concepto que realizara una asociación entre la estructura social y los grupos intermedios expresados en sujetos, lo cuales cada uno expresaba un estilo de vida particular evidenciado en su vida personal y colectiva. Este era un concepto holístico, ya que por medio del sujeto pretendía observarse la globalidad de la cultura expresada mediante estilos particulares. La epidemiología, también utilizó este concepto, eliminando la perspectiva holística y reduciéndolo a conducta de riesgo.

Desde el punto de vista de la sociología, se consideraba a las variables sociales como lo relevante para la adopción o mantenimiento de estilos de vida determinados, mientras el psicoanálisis plantea que los determinantes se desplazan desde la sociedad al individuo y de ahí a su personalidad. Para mediados del siglo XX, la antropología aborda los estilos de vida desde un enfoque cultural, mientras la medicina lo aborda desde la perspectiva médico epidemiológica aludiendo que las personas tienen estilos de vida sanos o insanos por propia voluntad culpabilizando en exceso a los ciudadanos por la pérdida de su salud colocando en el sujeto la responsabilidad de su enfermedad, recayendo el peso de la salud sobre las personas y no sobre las instituciones (42), sin reconocer la importancia del contexto social ni de otros factores como determinantes para la adquisición de un estilo de vida determinado, así, por ejemplo, problemas alimenticios no eran vistos como una cuestión de marginación social o dificultades económicas, sino como un estilo de vida adoptado por elección propia por el individuo.

Nola J. Pender en su modelo de Promoción de la salud, identifica en el individuo factores cognitivos-perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. Dichas conductas favorecedoras para la salud, se hallan inmersas entre los denominados “Estilos de vida saludables”. El modelo de Pender se basa en la

educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. Planteó que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas. Esto se constituyó como una novedad, pues identificó los factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prevenir la enfermedad.

El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud.

La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida .

Este modelo le da importancia a la cultura, entendida ésta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra. Así, estilos de vida saludable o poco saludable, pueden asociarse a malos hábitos en la familia o la sociedad, y pueden intervenir al intervenir al individuo y su colectivo.

Según Pender, el Modelo de Promoción de la Salud retoma las características y experiencias individuales, además de la valoración de las creencias en salud, en razón a que estas últimas son determinantes a la hora de decidir asumir un comportamiento saludable o de riesgo para la salud, debido a su alto nivel de interiorización y la manera de ver la realidad que lo rodea.

Pender considera el estilo de vida como un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud; para comprenderlo se requiere el estudio de tres categorías principales:

1. las características y experiencias individuales.
2. la cognición y motivaciones específicas de la conducta.
3. el resultado conductual.

A partir de lo anteriormente dicho, el modelo de promoción de la salud de Nola Pender sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud y los Estilos de vida de las personas. Es una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la adquisición y puesta en práctica de Estilos de vida considerados saludables a partir de acciones en las esferas que integran el cuidado de la salud.

Virginia Henderson por su parte, estudió entre otras cosas e incorporó los principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de enfermería y desarrollo según su criterio las necesidades comunes a toda persona, enferma o sana, estos son:

1. Oxigenación.
2. Nutrición e hidratación.

3. Eliminación de los productos de desecho del organismo.
4. Moverse y mantener una posición adecuada.
5. Sueño y descanso.
6. Usar prendas de vestir adecuadas
7. Termorregulación
8. Mantener la higiene.
9. Evitar los peligros del entorno.
10. Comunicarse con otras personas.
11. Vivir según sus valores y creencias.
12. Trabajar y sentirse realizado.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad

Las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización.

Mientras que Doroty Johnson promovió el "funcionamiento conductual eficiente y efectivo en el paciente para prevenir la enfermedad". Este está compuesto por siete subsistemas interactivos e integrales:

- De Dependencia: Promueve una conducta de colaboración que exige una respuesta recíproca.
- De Ingestión: Tiene que ver con cómo, cuándo, qué y cuanto y en qué condiciones nos alimentamos.
- De Eliminación: Se relaciona con cuando, como y en qué condiciones se produce la eliminación.
- Sexual: Obedece a la doble función de procreación y de satisfacción
- Agresividad: Consiste en proteger y conservar y proviene de una intención primaria de dañar a los demás.
- Realización: Su función consiste en controlar o dominar un aspecto propio del mundo circundante hasta alcanzar cierto grado de superación.
- Afiliación: Proporciona supervivencia y seguridad.

Cada una de las teorías anteriormente descritas expone la necesidad de mejorar los Estilos de vida de las personas mejorando así su calidad de vida. Las teoristas anteriormente mencionadas proponen modelos para la intervención de enfermería sobre la vida de las personas, ayudándolas a la asimilación de conductas favorecedoras de la salud y que minimicen el riesgo de enfermar.

4. MARCO CONCEPTUAL

1. **Datos sociodemográficos:** recopila la información respecto a las características demográficas, sociales, económicas y del trabajo de la persona encuestada. Las características demográficas de las personas como la edad, el sexo, estado civil y las relacionadas con su posición social (nivel de estudios, ocupación, número de horas trabajadas e ingresos) tienen una importancia fundamental en la salud de hombres y mujeres (43). La finalidad del análisis descriptivo de los datos sociodemográficos anteriormente mencionados es la de describir y caracterizar la muestra del estudio.
2. **Estilos de vida:** La Organización Mundial de la Salud en su Glosario de Promoción de salud (1999) define el estilo de vida de una persona como aquel “compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Estas pautas se aprenden en la relación con los padres, compañeros, amigos y hermanos, o por la influencia de la escuela, medios de comunicación, etc. Dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones”.
3. **Calidad de vida:** Es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (O.M.S., 2005).

4. **Familia y Amigos:** Describe el uso de las redes de apoyo social como lo son la familia y amigos.
5. **Asociatividad:** Hace alusión a la participación de las personas en organizaciones sociales, el tipo de organizaciones y las razones de las personas para participar en ellas.
6. **Actividad física:** se entiende por actividad física, “cualquier movimiento corporal producido por el sistema músculo-esquelético que produce un gasto de energía”.
7. **Nutrición:** identifica la cantidad y la calidad de los alimentos consumidos por periodo de tiempo de 24 horas y 7 días de la semana. Caracteriza el hábito alimentario de la población asociado a salud y la frecuencia de algunos alimentos.
8. **Fumador/Tabaquismo:** Según los criterios diagnósticos de la OMS, fumador es la persona que fuma actualmente y que ha fumado al menos 1 cigarrillo diariamente durante 6 meses. Para el actual estudio se considerara como fumadora a la persona que fuma actualmente y que ha fumado al menos 100 cigarrillos en su vida.
9. **Ingesta de Alcohol:** Para medir el consumo de alcohol se ha utilizado la auto declaración, mediante el método de los índices de cantidad/frecuencia, que consiste en preguntar la frecuencia del consumo y la cantidad de alcohol habitualmente consumido. Esta información proporciona una medida global del consumo y nos permite conocer el patrón de consumo de la población encuestada (44-45).
10. **Drogas:** Se considera drogas al cannabis, marihuana, hachís; cocaína; éxtasis o drogas de diseño; alucinógenos; anfetaminas o speed y heroína.
11. **Sueño:** Se entiende este como la cantidad de horas en que se duerme en el día habitualmente, sin discriminar si se realiza en un periodo o varios a lo largo del día.

12. **Estrés:** Se adopta la definición de R. Lazarus (1986)(46) quien considera el estrés como “el resultado de la relación entre el individuo y el entorno, evaluado por aquél como amenazante, que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar”.
13. **Trabajo:** Hace referencia a la satisfacción con su empleo y/o actividades diarias. Es un elemento subjetivo.
14. **Introspección:** Es el conocimiento que el sujeto tiene de sus propios estados mentales. Tiene como fundamento la capacidad reflexiva que la mente posee de referirse o ser consciente de forma inmediata de sus propios estados anímicos.
15. **Controles de salud:** Evalúa las conductas de auto cuidado, evidenciado en visitas preventivas periódicas al médico. Hace referencia a un medio preventivo dentro del área de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.
16. **Conducta sexual:** Es la percepción que tiene la persona sobre su formación en temas de sexualidad así como su manera de vivir la sexualidad.
17. **Relaciones sexuales:** se consideran sólo aquellas en las que haya penetración vaginal, anal u oral del órgano masculino, con o sin orgasmo. Esta definición se ha adoptado porque uno de los objetivos es conocer el riesgo de ETS y/o de embarazo.
18. **Pareja:** Se considera pareja para los fines del estudio, aquella persona con la que han tenido relaciones sexuales, una o más veces, con o sin compromiso.
19. **Enfermedades de transmisión sexual:** Se definen como aquellas producidas por agentes infecciosos específicos para las que el mecanismo de transmisión sexual tiene relevancia epidemiológica, aunque en algunas de ellas no sea el principal mecanismo de transmisión.

20. **Seguridad vial:** Entendemos por medidas de seguridad vial, aquellas que van dirigidas a prevenir lesiones causadas por accidentes de tráfico. Se busca conocer la frecuencia en que se cometen infracciones de tráfico como no usar el casco, no usar el cinturón de seguridad, conducir hablando por teléfono, conducir bajo el efecto del alcohol y/o de otras drogas, respetar las señales de tráfico y superar el límite de velocidad.

5. OBJETIVOS

1.1.OBJETIVO GENERAL:

Describir los estilos de vida de los estudiantes universitarios del programa de enfermería de una institución de educación superior oficial de la ciudad de Santa Marta, Magdalena, identificando los comportamientos de las dimensiones que integran el estilo de vida.

1.2.OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar las alteraciones en las dimensiones: Familia y amigos, Asociatividad y actividad física, Nutrición, Tabaco, Alcohol y otras drogas, Sueño y estrés, Trabajo y tipo de personalidad, Introspección, Control de salud y conducta sexual y Otras conductas de los estudiantes del programa de enfermería.
- Identificar los comportamientos y riesgos en salud que afectan la calidad de vida auto declarados concernientes al estilo de vida en estudiantes universitarios del programa de enfermería.
- Conocer de acuerdo a las alteraciones en las dimensiones comportamientos y riesgos como es el estilo de vida de los estudiantes universitarios del programa de enfermería

6. METODOLOGÍA

6.1. TIPO DE ESTUDIO

Este es un estudio descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo por que se recolectaron datos sobre diferentes factores que determinan el estilo de vida de estudiantes universitarios del programa de enfermería de una institución de educación superior oficial de la ciudad de Santa Marta, Magdalena y se realizo un análisis y medición de los mismos. (47)

6.2. UNIVERSO

Estudiantes de la facultad de ciencias de la salud programa de enfermería de una institución de educación superior oficial de la ciudad de Santa Marta, Magdalena.

6.3. POBLACIÓN

La población estuvo constituida por todos los estudiantes del programa de enfermería de una institución oficial del Magdalena, hombres y mujeres, matriculados para el periodo académico 2013-II.

6.4. TÉCNICA DE MUESTREO/MUESTRA

La muestra estuvo constituida por 199 estudiantes de 1ero a 9no semestre del programa de enfermería, matriculados para el periodo académico 2013-II, la cual se obtuvo mediante el muestreo aleatorio simple ; quienes accedieron a ser parte del estudio de forma voluntaria. Se realizo una muestra que equivale a un intervalo de confianza $>95\%$ y margen de error $<5\%$.

6.5. VARIABLES INDEPENDIENTES

Tiempo de ocio. ☐ Realización de actividad física. ☐ Hábitos alimentarios. ☐ Autoimagen percibida. ☐ Alteraciones en el peso. ☐ Utilización del casco. ☐ Utilización del cinturón de seguridad. ☐ Autoestima. ☐ Nivel de estrés. ☐ Hábito de fumar. ☐ Frecuencia de borracheras. ☐ Consumo de alcohol. ☐ Consumo de drogas. ☐ Relaciones interpersonales. ☐ Relaciones personales con amigos. ☐ Relaciones personales con los padres. ☐ Rendimiento académico. ☐ Relaciones sexuales. ☐ Métodos anticonceptivos utilizados.

6.6. VARIABLES DEPENDIENTES

Estudios universitarios (Carrera). ☐ Semestre. ☐ Edad. ☐ Sexo. ☐ Altura y peso. ☐ Estado civil. ☐ Situación económica.

6.7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Ser estudiante del programa de enfermería.
- Dar su consentimiento informado.
- Ser estudiante activo (matriculado) para el periodo académico 2013-II.
- Acceder a ser parte del estudio.

6.8. TÉCNICAS DE PROCESO DE RECOLECCIÓN

Para la aplicación de la encuesta, los estudiantes autores del proyecto de investigación se acercaron a las asignaturas principales (de mayor intensidad horaria) de cada semestre con la

finalidad de lograr llegar a la mayor cantidad de estudiantes posibles. Se explicó a los estudiantes el modo de diligenciamiento de la encuesta previo consentimiento informado y con el permiso del docente. Se aplicó la encuesta en los meses de Octubre y Noviembre del año 2013, correspondiente al segundo periodo académico del año.

6.9. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se recolectaron 199 encuestas diligenciadas en su totalidad, las cuales fueron tabuladas y graficadas usando Microsoft Excel 2010. Para el análisis posterior se usaron medidas de nivel descriptivo como media, mediana y Desviación Estándar (DE) para datos cuantitativos.

6.10. INSTRUMENTO

Para la recolección de la información se evaluó el perfil sociodemográfico del participante, seguido se aplicó el cuestionario FANTASTICO de William y Ciliska (1984) en su versión en español(**VER ANEXO 1**), validado con un alfa de cronbach de 0.70 a 0.80 en diferentes estudios de investigación (48-49). Este constructo está constituido por 30 ítems que valoran el estilo de vida del participante bajo las dimensiones: **F**amilia y amigos, **A**sociatividad – actividad física, **N**utrición, **T**abaco, **A**lcohol – otras drogas, **S**ueño – estrés, **T**rabajo – tipo de personalidad, **I**ntrospección, **C**ontrol de salud – conducta sexual y **O**tras conductas. Este cuestionario valora a través de 30 reactivos cerrados con tres opciones de respuesta a las cuales se les asigna luego un puntaje, siendo -2- (dos) la actitud ideal, -1- (uno) la actitud intermedia entre la ideal y la conducta de riesgo y -0- (cero), la conducta de riesgo, la sumatoria de los 10 factores, luego es multiplicada por 2, obteniéndose un puntaje final que se compara con 5 posibles definiciones sobre el estilo de vida (50):

- De 103 a 120: Estilo de vida Fantástico.
- De 85 a 102: Buen Trabajo. Estilo de vida Bueno
- De 73 a 84: Estilo de vida adecuado.
- De 47 a 72: Estilo de vida algo bajo.

De 0 a 46: Estilo de vida riesgoso

6.11. ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio, se rige por los principios éticos promulgados por la Asociación Médica Mundial (WMA) en su **Declaración de Helsinki**. En el Artículo 8 de la referenciada declaración, se enuncia el principio básico que es respeto por el individuo, también se expone en sus artículos 20 al 22 el derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (Consentimiento Informado) lo cual incluye la participación en investigación. Siendo consecuente con la declaración de Helsinki, se brinda información pertinente sobre la finalidad/objetivo de la investigación (Artículo 16), así como la posibilidad de elegir si participar o no. Se asegura la confidencialidad de la información suministrada. No son solicitados datos personales como Nombre, documentos de identificación, números telefónicos ni direcciones personales, para asegurar el anonimato de la información suministrada en la encuesta/instrumento, favoreciendo su correcto diligenciamiento.

7. RESULTADOS

7.1. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA:

Universo compuesto por los estudiantes del programa de enfermería una institución oficial del Magdalena, que cursan desde el primer (1er) hasta el noveno (9no) semestre. Se encuestó 199 estudiantes, para un IC: >95% (E: 5%).

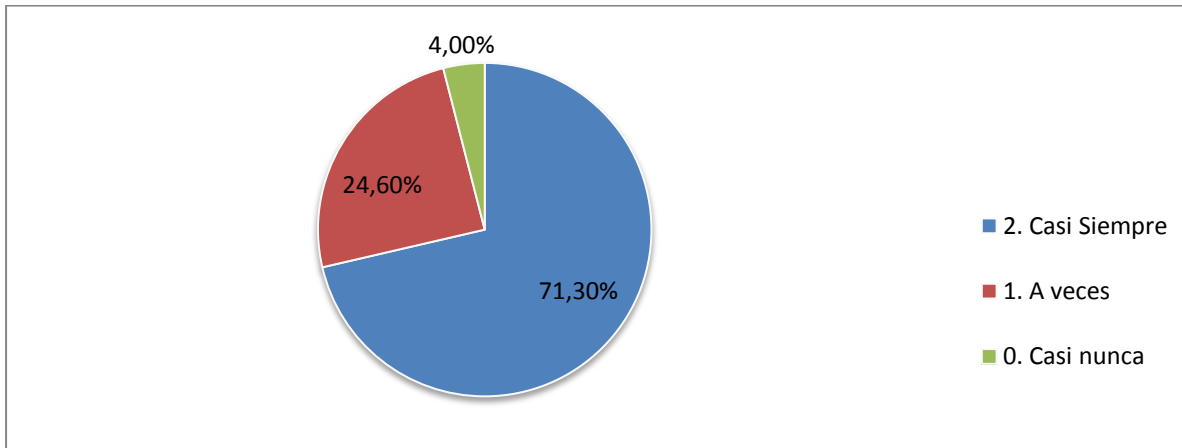
El 81,4% de la muestra es de sexo femenino, con edades que oscilan entre los 16 hasta los 33 años de edad, con edad promedio de 21,6 años (DE: 3,35).

Alteraciones en las dimensiones:

Distribución De Frecuencia Y Variables:

Gráfica 1 Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mí:

Factor 1. Familia y Amigos.

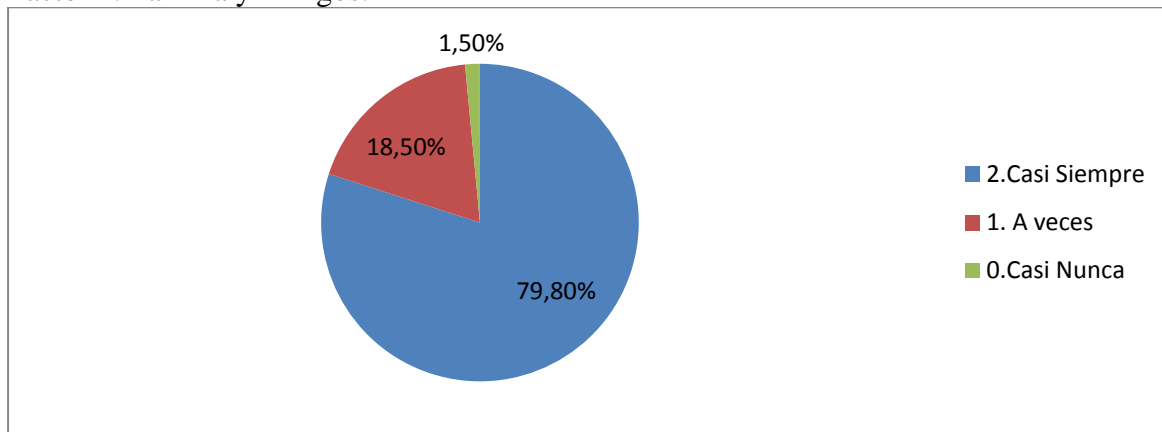


Fuente: estilos de vida de los estudiantes del programa de enfermería de una institución de carácter oficial de la ciudad de santa marta, magdalena. Sandra Polo Coronado, Aurisbeth Rojas Manjarres, Diana Utria Orozco

El 71,3% de los estudiantes encuestados refiere tener siempre con quien hablar las cosas que son importantes en su vida, el 24,6% refiere a veces tener con quien hablar de las cosas que son importantes en su vida y tan solo el 4,0% refiere casi nunca tener con quien hablar de las cosas que son importantes en su vida.

Gráfica 2 Yo doy y recibo cariño

Factor 1. Familia y Amigos.

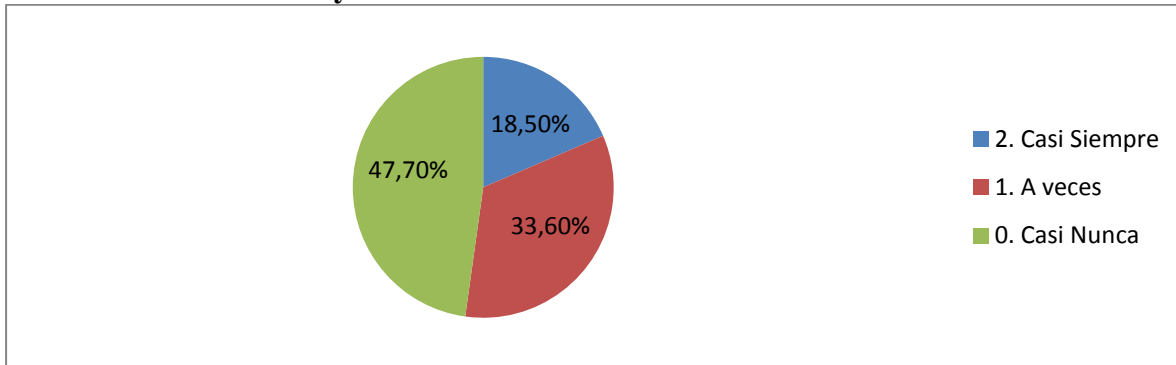


Fuente: estilos de vida de los estudiantes del programa de enfermería de una institución de carácter oficial de la ciudad de santa marta, magdalena. Sandra Polo Coronado, Aurisbeth Rojas Manjarres, Diana Utria Orozco

Solo el 18,5% de la muestra refiere a veces dar y recibir cariño, el; 1,5% casi nunca da y recibe cariño y el 79, 8% refiere casi siempre dar y recibir cariño

Gráfica 3 Soy integrante activo de un grupo de apoyo a mi salud y calidad de vida (organizaciones de autocuidado, clubes de enfermos crónicos, deportivos, religiosos, adultos mayores y otros yo participo:

Factor 2: Asociatividad y Actividad física



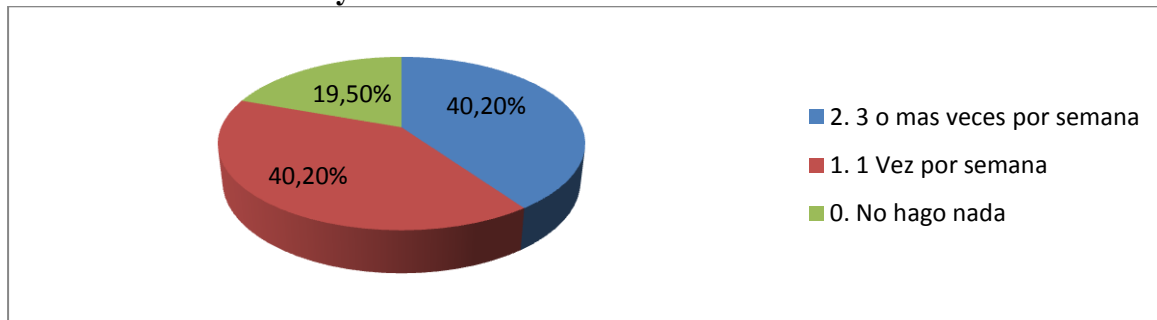
Fuente: estilos de vida de los estudiantes del programa de enfermería de una institución de carácter oficial de la ciudad de santa marta, magdalena. Sandra Polo Coronado, Aurisbeth Rojas Manjarres, Diana Utria Orozco

El 18,5% de la muestra refiere ser integrante activo de un grupo de apoyo a su salud y/o calidad de vida, el 47,7% refiere no haber asistido nunca a un grupo de apoyo de cualquier índole y el 33,6% refiere que a veces es integrante activo de un grupo de apoyo a su salud y/o calidad de vida

\

Gráfica 4 Yo realizo actividad física (caminar, subir escaleras, trabajo de casa) o deporte durante 30 minutos cada vez

Factor 2: Asociatividad y Actividad física

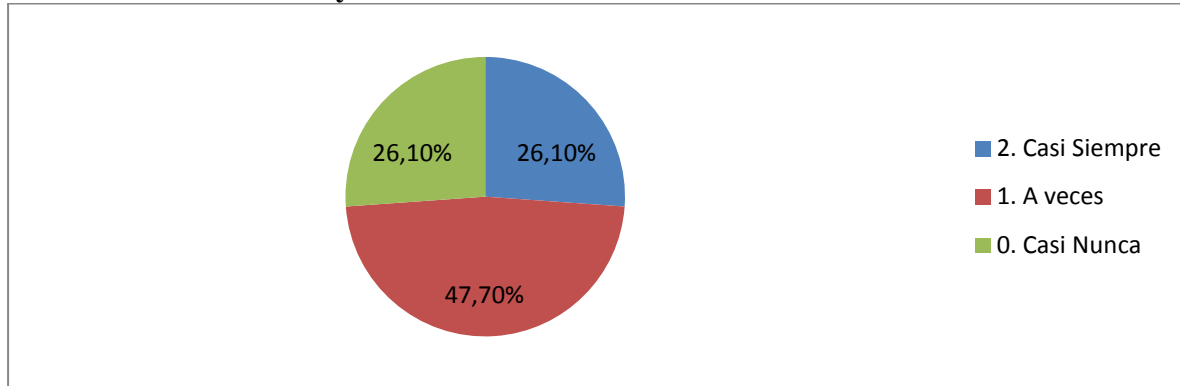


Fuente: estilos de vida de los estudiantes del programa de enfermería de una institución de carácter oficial de la ciudad de santa marta, magdalena. Sandra Polo Coronado, Aurisbeth Rojas Manjarres, Diana Utria Orozco

El 19,5% refiere no realizar actividad física, el 40,2% refiere realizar actividad física 1 vez por semana y solo el 40,2% refiere realizar actividad física de 3 o más veces por semana.

Gráfica 5 Yo camino al menos 30 minutos diariamente

Factor 2: Asociatividad y Actividad física

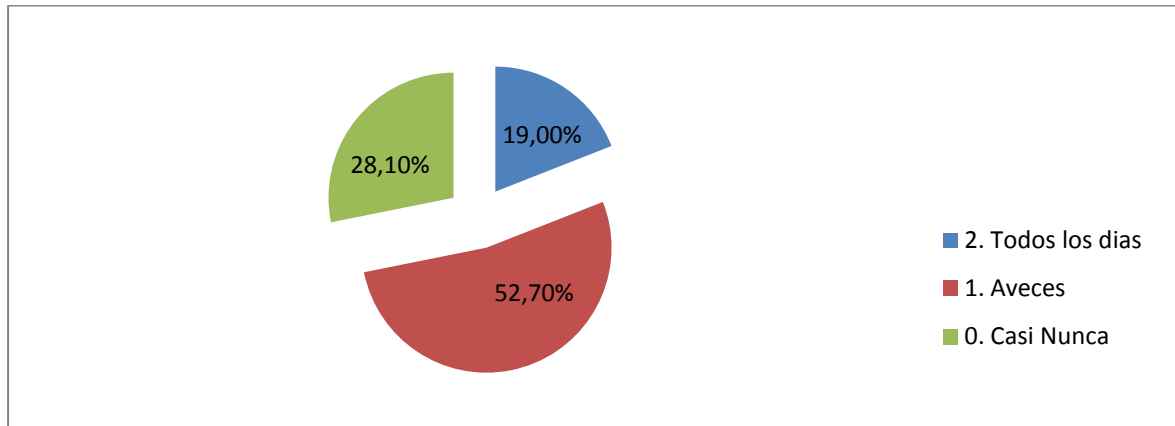


Fuente: estilos de vida de los estudiantes del programa de enfermería de una institución de carácter oficial de la ciudad de santa marta, magdalena. Sandra Polo Coronado, Aurisbeth Rojas Manjarres, Diana Utria Orozco

El 26,1% de la muestra casi siempre camina al menos 30 minutos diariamente, el 26,1% refiere no caminar al menos durante 30 minutos diariamente y el 47,7% a veces camina diariamente.

Gráfica 6 Como 2 porciones de verduras y 3 de frutas

Factor 3: Nutrición

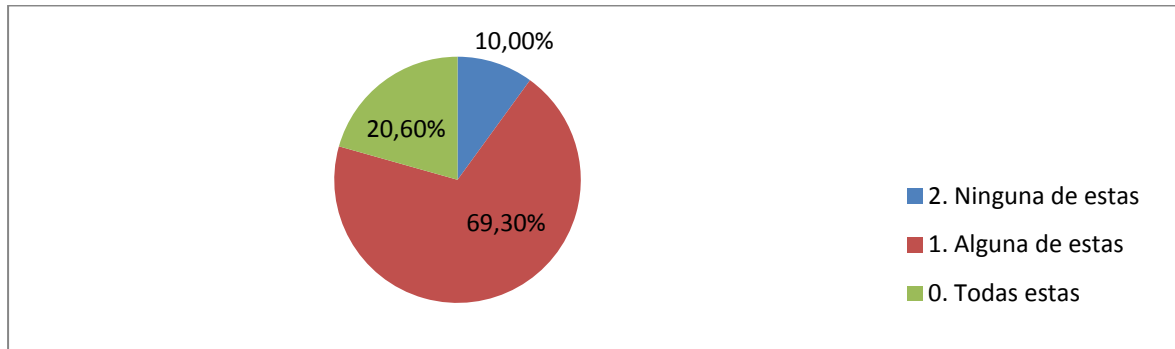


Fuente: estilos de vida de los estudiantes del programa de enfermería de una institución de carácter oficial de la ciudad de santa marta, magdalena. Sandra Polo Coronado, Aurisbeth Rojas Manjarres, Diana Utria Orozco

El 19% refiere todos los días consumir dos porciones de frutas y tres verduras al día, el 52, 7% refiere a veces consumir dos porciones de frutas y tres de verduras al día y solo el 28, 1% casi nunca consume dos porciones de frutas y tres de verduras al día.

Gráfica 7 A menudo consumo mucha azúcar o sal o comida chatarra o con mucha grasa

Factor 3: Nutrición

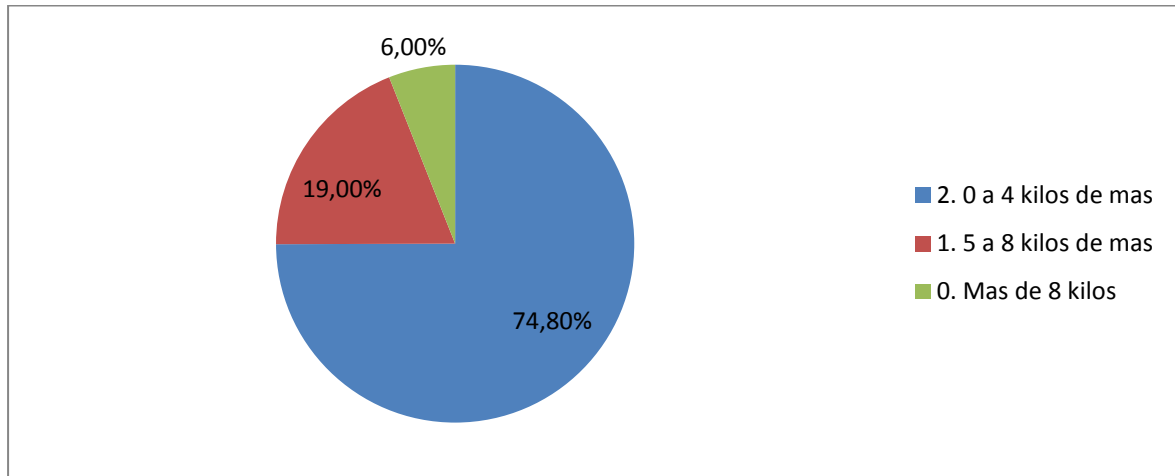


Fuente: estilos de vida de los estudiantes del programa de enfermería de una institución de carácter oficial de la ciudad de santa marta, magdalena. Sandra Polo Coronado, Aurisbeth Rojas Manjarres, Diana Utria Orozco

El 20,6% consume a menudo comida con mucha azúcar, sal, comida chatarra o con mucha grasa, el 10% no consume ninguna de estas y solo el 69,3% consume algunas de estas.

Gráfica 8 Estoy pasado(a) en mi peso ideal en

Factor 3: Nutrición

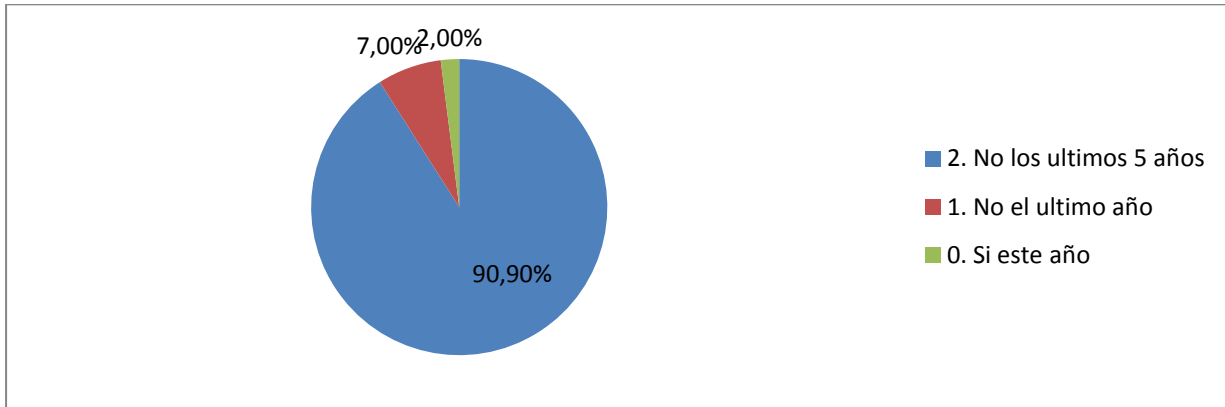


Fuente: estilos de vida de los estudiantes del programa de enfermería de una institución de carácter oficial de la ciudad de santa marta, magdalena. Sandra Polo Coronado, Aurisbeth Rojas Manjarres, Diana Utria Orozco

El 74,8% de la muestra se encuentra de 0 a 4 kilos de más de su peso ideal, el 6% tiene más de 8 kilogramos de desviación de su peso ideal y el 19,0% refiere tener de 5 a 8 kilos de más.

Gráfica 9 Yo fumo cigarrillos

Factor 4: Tabaco

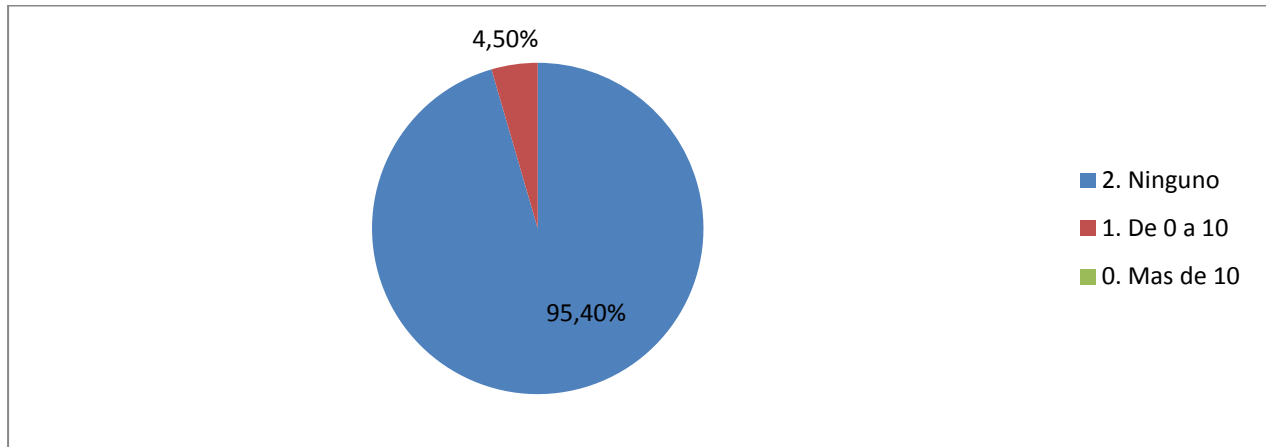


Fuente: estilos de vida de los estudiantes del programa de enfermería de una institución de carácter oficial de la ciudad de santa marta, magdalena. Sandra Polo Coronado, Aurisbeth Rojas Manjarres, Diana Utria Orozco

Solo el 2% de la muestra son fumadores actualmente, el 7% han sido fumadores y el 90,9% restante refieren no poseer o haber poseído este hábito

Gráfica 10 Generalmente fumo ____ cigarrillos por día

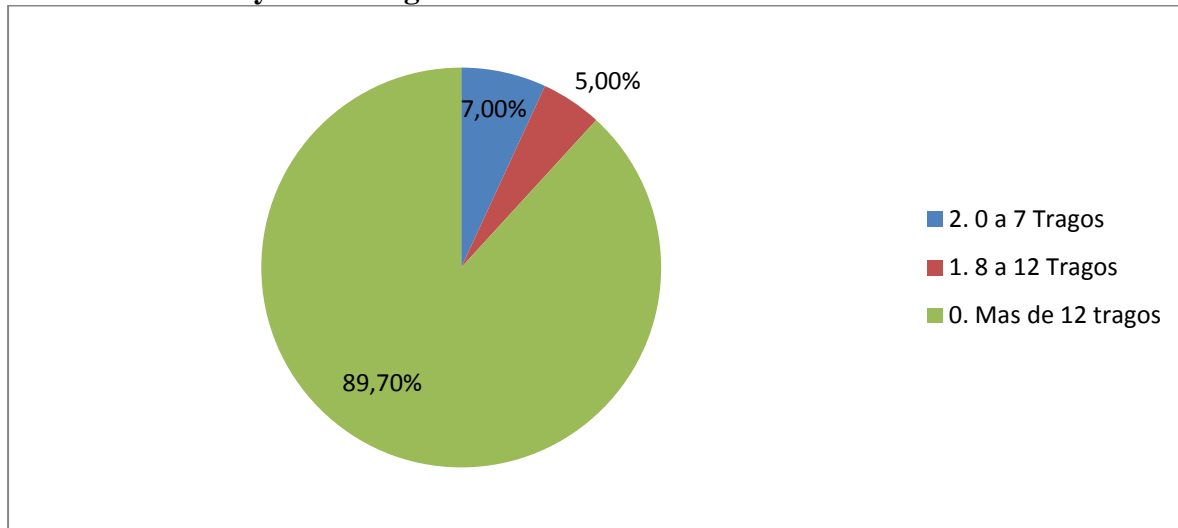
Factor 4: Tabaco



Fuente: estilos de vida de los estudiantes del programa de enfermería de una institución de carácter oficial de la ciudad de santa marta, magdalena. Sandra Polo Coronado, Aurisbeth Rojas Manjarres, Diana Utria Orozco

Gráfica 11 Mi número promedio de tragos (botella de cerveza, vaso de vino)

Factor 5: Alcohol y otras drogas



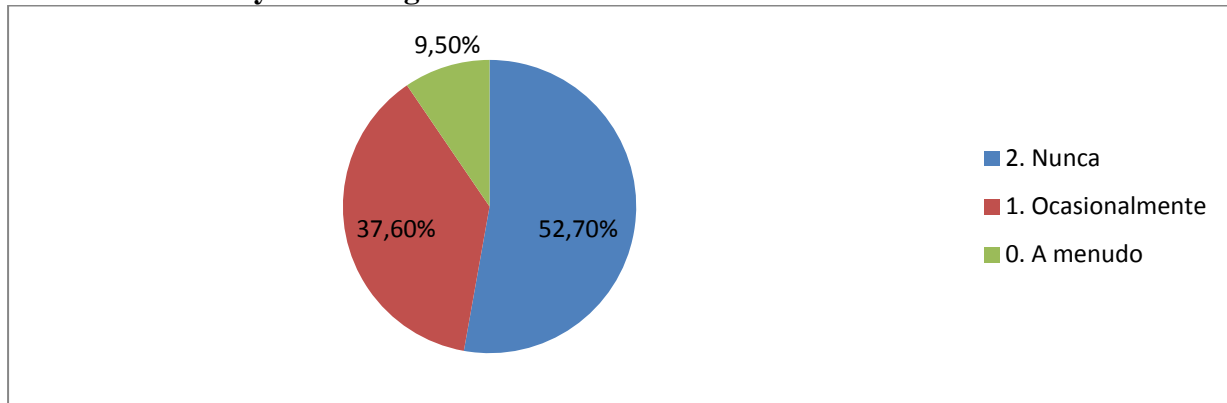
Fuente: estilos de vida de los estudiantes del programa de enfermería de una institución de carácter oficial de la ciudad de santa marta, magdalena. Sandra Polo Coronado, Aurisbeth Rojas Manjarres, Diana Utria Orozco

Bajo el factor de alcohol y otras drogas se enmarca el consumo de alcohol, drogas ilícitas (marihuana, cocaína, pasta base), medicamentos recetados y de venta libre y bebidas estimulantes (café, té, bebidas cola).

El 89,7% refiere consumir más de 12 tragos por semana de alcohol, el 7,0% consume de 0 a 7 tragos y solo el 5,0% consume de 8 a 12 tragos de alcohol

Gráfica 12 Bebo más de 4 tragos en una misma ocasión

Factor 5: Alcohol y otras drogas

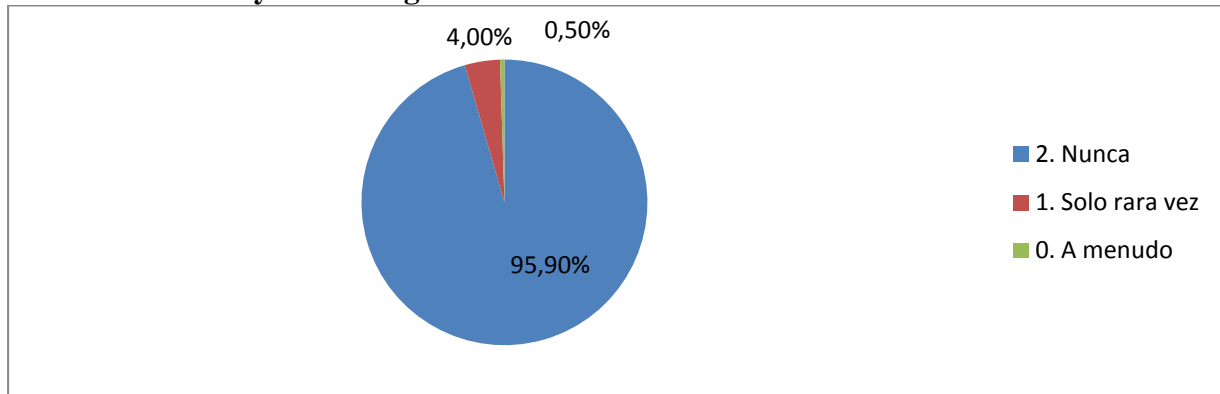


Fuente: estilos de vida de los estudiantes del programa de enfermería de una institución de carácter oficial de la ciudad de santa marta, magdalena. Sandra Polo Coronado, Aurisbeth Rojas Manjarres, Diana Utria Orozco

El 52,7% nunca beben más de 4 tragos en una misma ocasión, el 37,6% ocasionalmente beben más de 4 tragos en una misma ocasión y solo el 9,5% refiere a menudo consume más de 4 tragos de alcohol en una misma ocasión.

Gráfica 13 Manejo el auto después de beber alcohol

Factor 5: Alcohol y otras drogas

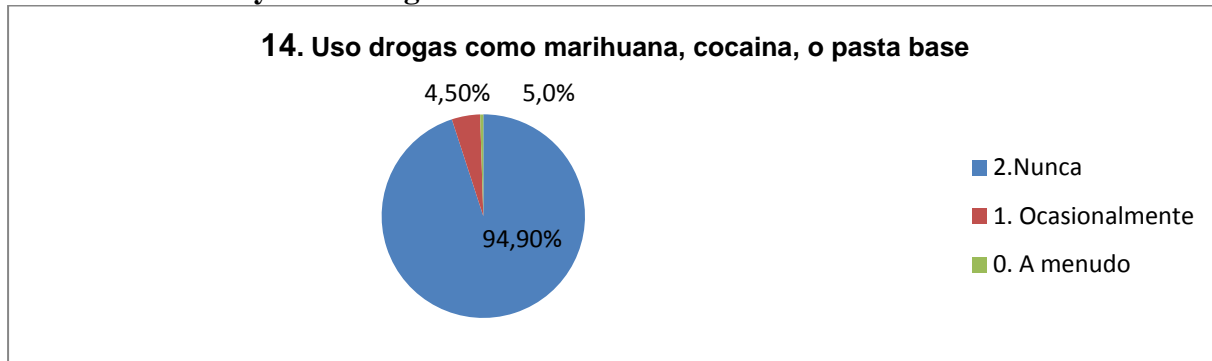


Fuente: estilos de vida de los estudiantes del programa de enfermería de una institución de carácter oficial de la ciudad de santa marta, magdalena. Sandra Polo Coronado, Aurisbeth Rojas Manjarres, Diana Utria Orozco

El 4% refiere haber conducido el auto después de haber bebido alcohol y solo el 95,9 % nunca ha manejado el auto después de haber bebido alcohol.

Gráfica 14 Uso drogas como marihuana, cocaína o pasta de base

Factor 5: Alcohol y otras drogas

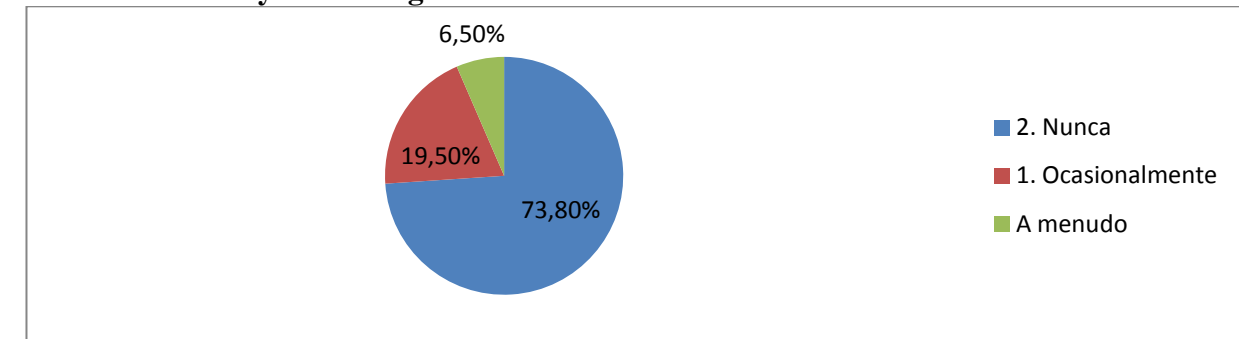


Fuente: estilos de vida de los estudiantes del programa de enfermería de una institución de carácter oficial de la ciudad de santa marta, magdalena. Sandra Polo Coronado, Aurisbeth Rojas Manjarres, Diana Utria Orozco

En cuanto al consumo de drogas ilícitas, el 5% refiere haber consumido marihuana, cocaína o pasta base, el 4,5 % ocasionalmente ha consumido drogas ilícitas y el 94,9% refiere nunca haber consumido marihuana, cocaína o pasta base

Gráfica 15 Uso excesivamente los remedios que me indican o los que puedo comprar sin receta

Factor 5: Alcohol y otras drogas

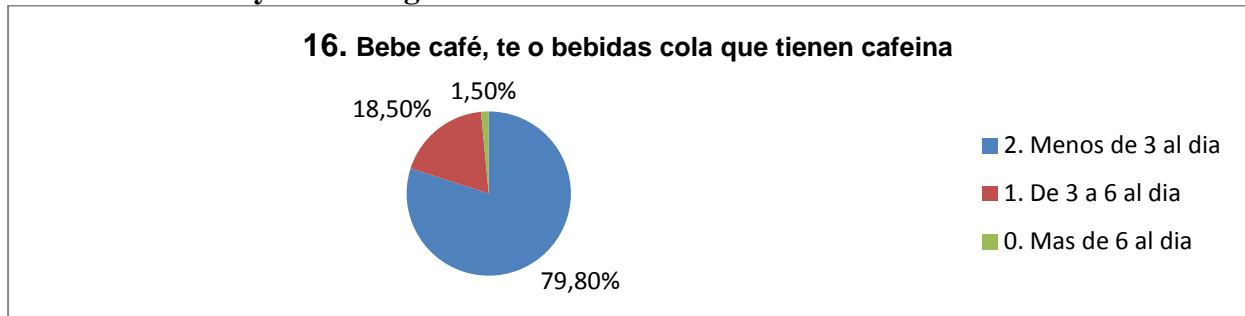


Fuente: estilos de vida de los estudiantes del programa de enfermería de una institución de carácter oficial de la ciudad de santa marta, magdalena. Sandra Polo Coronado, Aurisbeth Rojas Manjarres, Diana Utria Orozco

El 73,8% refiere que nunca usa/abusa de manera excesiva de los medicamentos que les son recetados o que pueden adquirir de venta libre, el 19,5% refiere que ocasionalmente hay uso excesivo de los medicamentos que les son recetados o que pueden adquirir de venta libre y el 6,5% refiere que a menudo hay uso excesivo de los medicamentos que les son recetados o que pueden adquirir de venta libre

Gráfica 16 Bebe café, té o bebidas cola que tienen cafeína

Factor 5: Alcohol y otras drogas

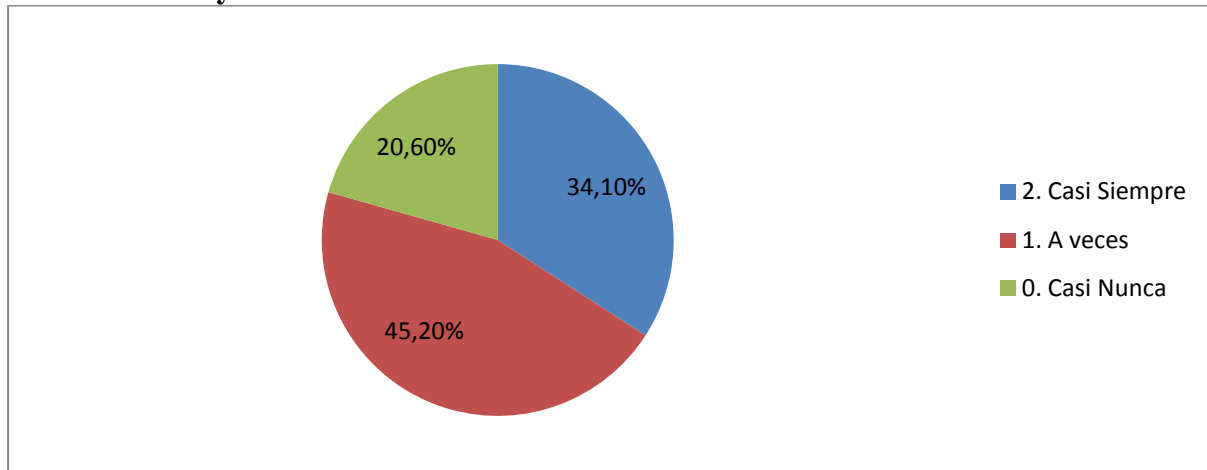


Fuente: estilos de vida de los estudiantes del programa de enfermería de una institución de carácter oficial de la ciudad de santa marta, magdalena. Sandra Polo Coronado, Aurisbeth Rojas Manjarres, Diana Utria Orozco

El 18,5% consumen bebidas estimulantes de 3 a 6 veces al día, solo el 1,5% refiere consumirlas más de 6 veces al día y el 79,8% consumen menos de 3 al día

Gráfica 17 Duermo bien y me siento descansado (a)

Factor 6 sueño y estrés

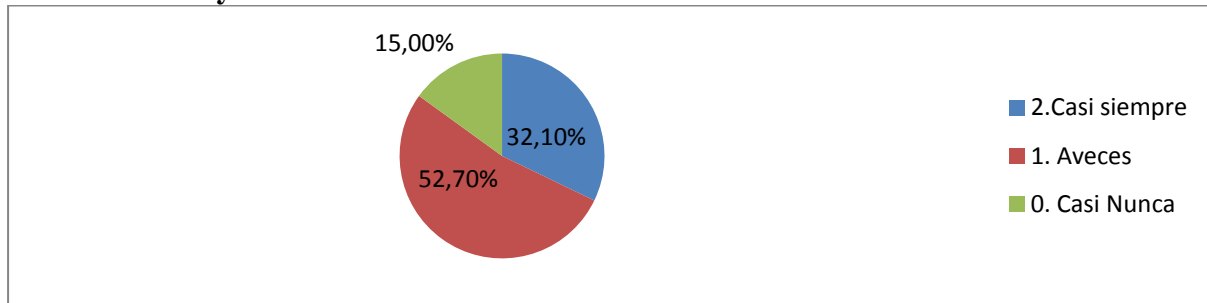


Fuente: estilos de vida de los estudiantes del programa de enfermería de una institución de carácter oficial de la ciudad de santa marta, magdalena. Sandra Polo Coronado, Aurisbeth Rojas Manjarres, Diana Utria Orozco

El 34,1% de la muestra refiere dormir bien (en relación a calidad y cantidad de horas de sueño) sentirse descansado, el 45,2% refiere sentirse descansado solo a veces y solo el 20,6% refiere casi nunca dormir bien y sentirse descansado.

Gráfica 18 Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión en mi vida

Factor 6 sueño y estrés

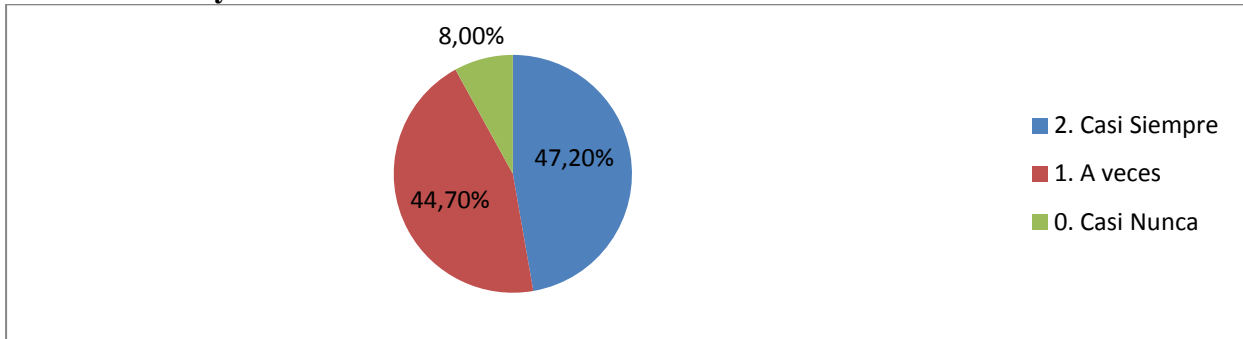


Fuente: estilos de vida de los estudiantes del programa de enfermería de una institución de carácter oficial de la ciudad de santa marta, magdalena. Sandra Polo Coronado, Aurisbeth Rojas Manjarres, Diana Utria Orozco

El 52,7% % se siente incapaz de manejar las situaciones estresantes o las tensiones en su vida, el 32,1% se siente capaz de manejar las situaciones estresantes o las tensiones en su vida y solo el 15,0% casi nunca es capaz de manejar las situaciones estresantes o las tensiones en su vida

Gráfica 19 Yo me relajo y disfruto mi tiempo libre

Factor 6 sueño y estrés

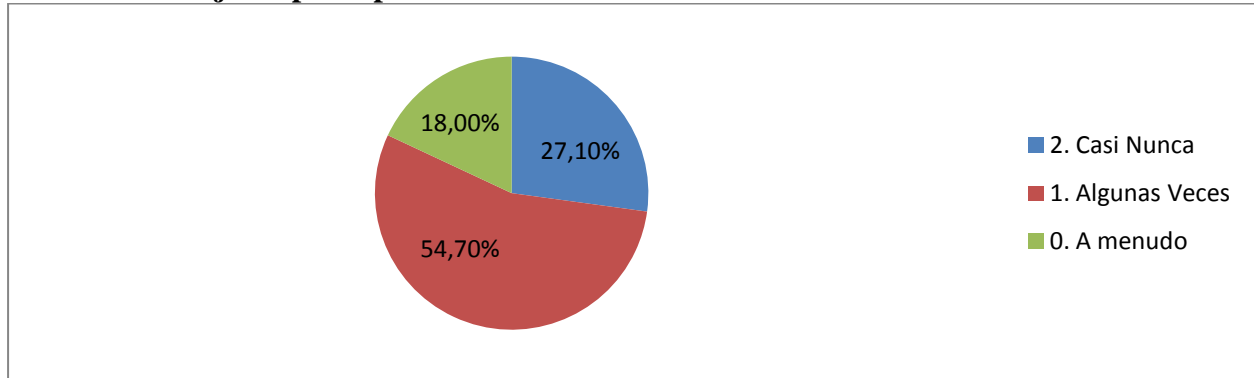


Fuente: estilos de vida de los estudiantes del programa de enfermería de una institución de carácter oficial de la ciudad de santa marta, magdalena. Sandra Polo Coronado, Aurisbeth Rojas Manjarres, Diana Utria Orozco

El 47,2% respondió casi siempre, el 44,7% respondió a veces y el 8% respondió casi nunca.

Gráfica 20 Parece que ando acelerado

Factor 7 Trabajo- Tipo de personalidad

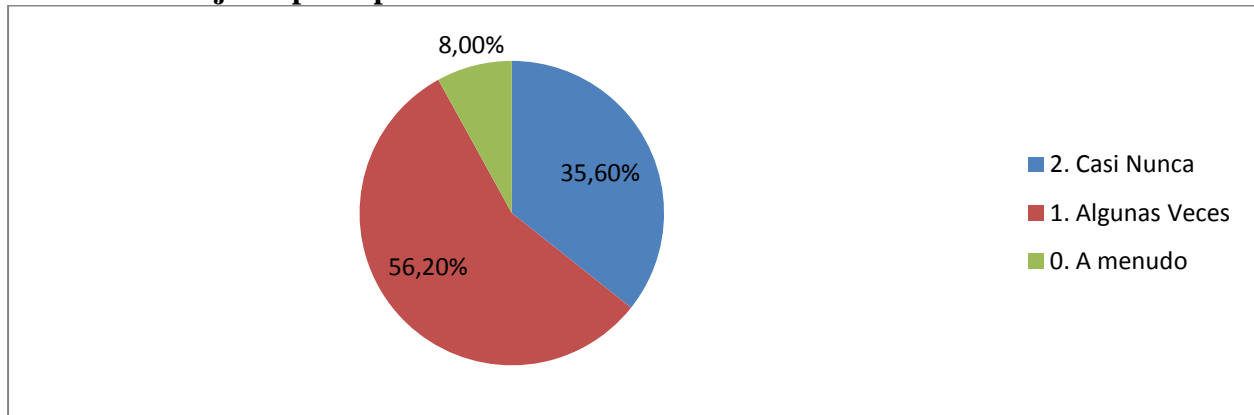


Fuente: estilos de vida de los estudiantes del programa de enfermería de una institución de carácter oficial de la ciudad de santa marta, magdalena. Sandra Polo Coronado, Aurisbeth Rojas Manjarres, Diana Utria Orozco

El 54,7 contestó algunas veces y solo el 27,1% asegura casi nunca parecer acelerado y el 18,0% refiere a menudo sentirse acelerado.

Gráfica 21 Me siento enojado/a o agresivo/a

Factor 7 Trabajo- Tipo de personalidad

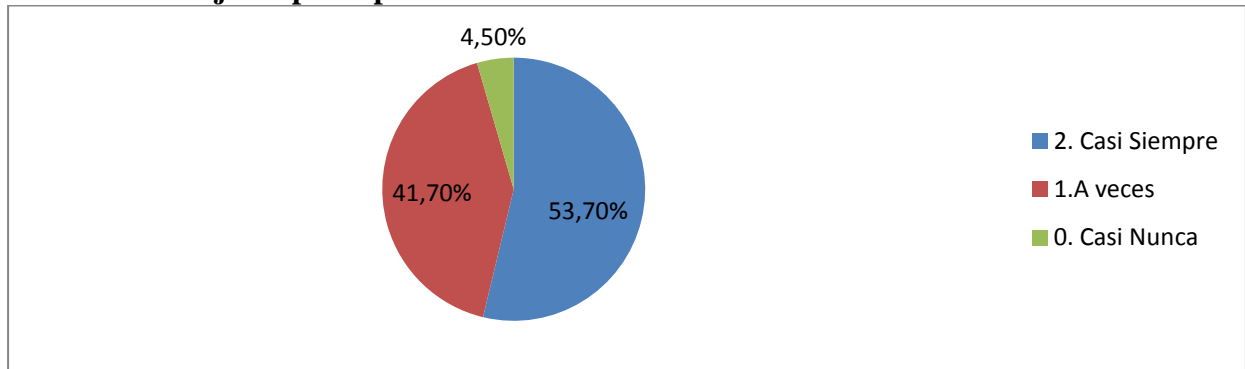


Fuente: estilos de vida de los estudiantes del programa de enfermería de una institución de carácter oficial de la ciudad de santa marta, magdalena. Sandra Polo Coronado, Aurisbeth Rojas Manjarres, Diana Utria Orozco

Se encuentra que el 35,6% casi nunca manifiesta estados de ira/agresión/enojo y el 8% refiere a menudo mantener dicho estado anímico. Y el 56,2% refiere que algunas veces manifiesta estados de ira/agresión/enojo.

Gráfica 22 Yo me siento contento con mi trabajo o mis actividades

Factor 7 Trabajo- Tipo de personalidad

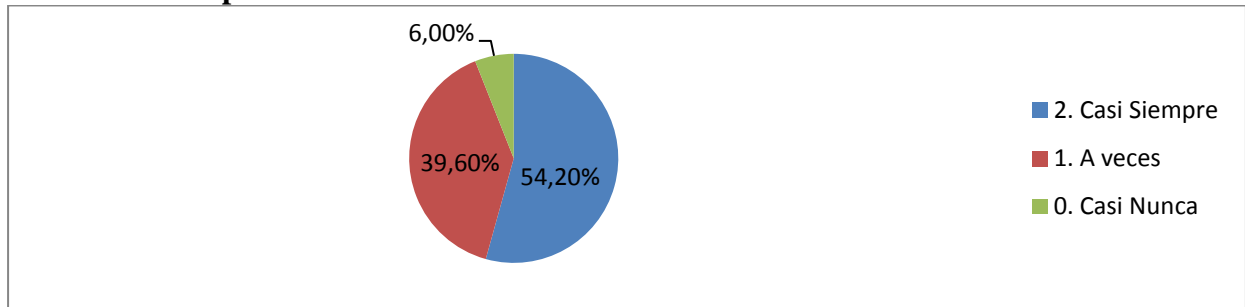


Fuente: estilos de vida de los estudiantes del programa de enfermería de una institución de carácter oficial de la ciudad de santa marta, magdalena. Sandra Polo Coronado, Aurisbeth Rojas Manjarres, Diana Utria Orozco

Solo el 53,7% refiere sentirse contento con su trabajo y/o actividades diarias. (Casi siempre) y el 41,7% refiere a veces sentirse contento con su trabajo y/o actividades diarias y solo el 4,5% refiere casi nunca sentirse contento con su trabajo y/o actividades diarias.

Gráfica 23 Yo soy un pensador positivo u optimista

Factor 8 Introspección

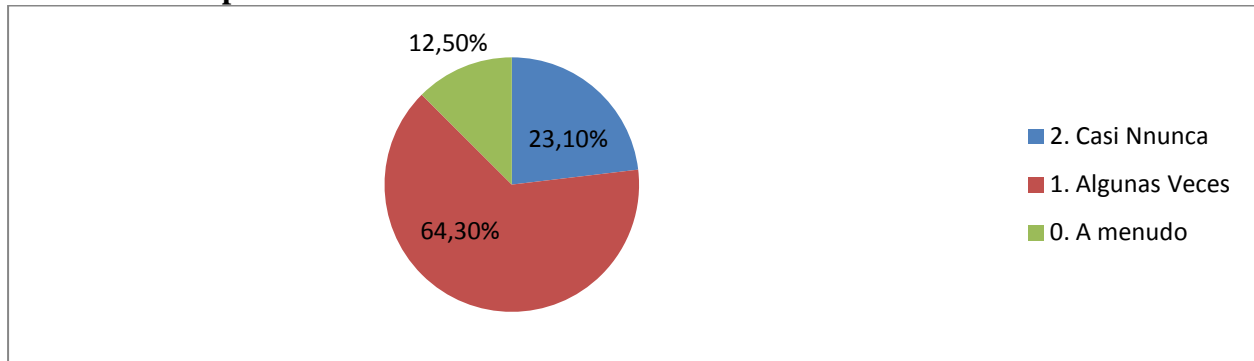


Fuente: estilos de vida de los estudiantes del programa de enfermería de una institución de carácter oficial de la ciudad de santa marta, magdalena. Sandra Polo Coronado, Aurisbeth Rojas Manjarres, Diana Utria Orozco

El 54.2% de la muestra se consideran pensadores positivos u optimistas “casi siempre, el 39,6% a veces se consideran pensadores positivos u optimista y solo el 6,0% refiere casi nunca sentirse pensativo u optimista

Gráfica 24 Me siento tenso/a o apretado/a

Factor 8 Introspección

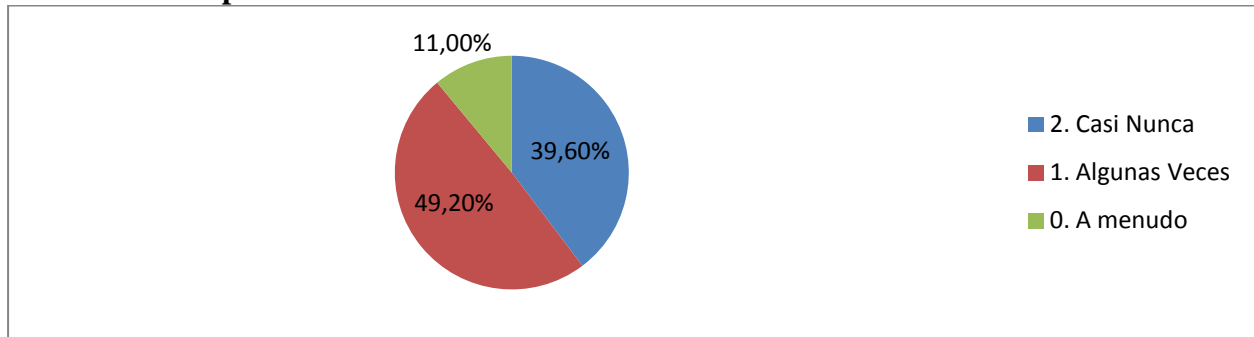


Fuente: estilos de vida de los estudiantes del programa de enfermería de una institución de carácter oficial de la ciudad de santa marta, magdalena. Sandra Polo Coronado, Aurisbeth Rojas Manjarres, Diana Utria Orozco

El 23,1% refiere “casi nunca” refiere sentirse tenso, el 64,3% refiere algunas veces sentirse tenso y solo el 12,5% a menudo se siente tenso

Gráfica 25 Me siento deprimido/a o triste

Factor 8 Introspección

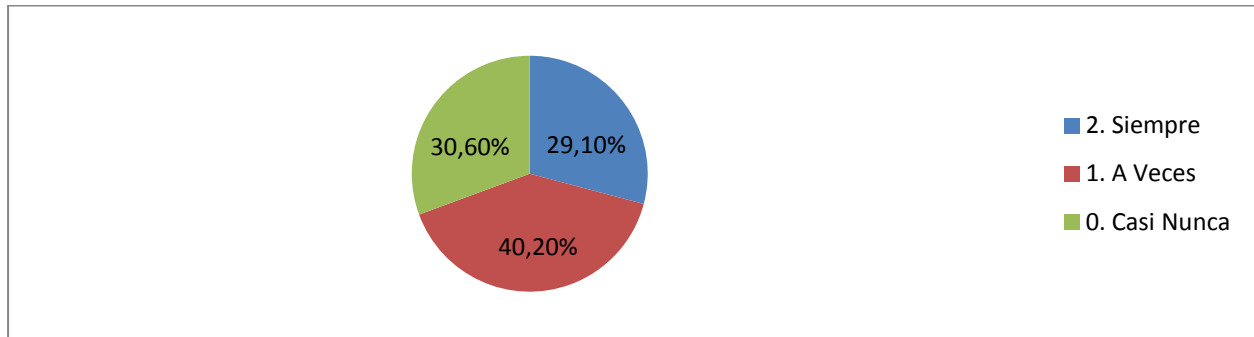


Fuente: estilos de vida de los estudiantes del programa de enfermería de una institución de carácter oficial de la ciudad de santa marta, magdalena. Sandra Polo Coronado, Aurisbeth Rojas Manjarres, Diana Utria Orozco

El 39,6% refiere estados de depresión o tristeza “casi nunca”, el 49,2% refiere algunas veces sentirse deprimido y/o triste y solo el 11,0% refiere estados de depresión o tristeza

Gráfica 26 Me realizo control de salud en forma periódica

Factor 9 Control de la salud- Conducta sexual

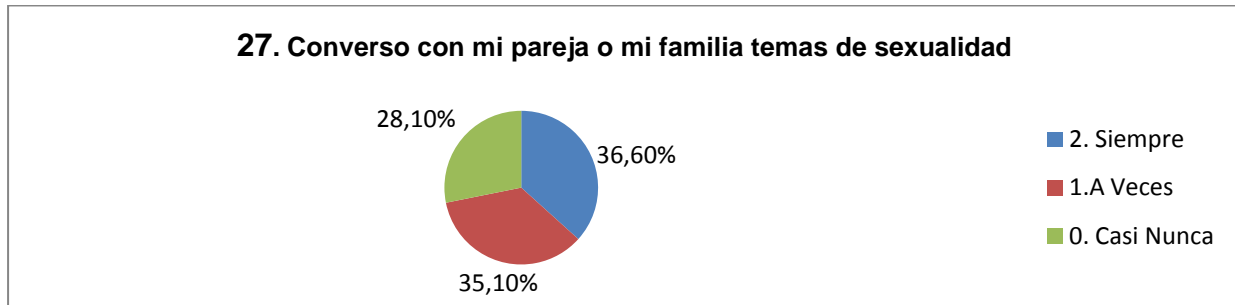


Fuente: estilos de vida de los estudiantes del programa de enfermería de una institución de carácter oficial de la ciudad de santa marta, magdalena. Sandra Polo Coronado, Aurisbeth Rojas Manjarres, Diana Utria Orozco

Referente a la realización de controles de salud en forma periódica, solo el 29,1% asegura tener esta conducta de manera regular. El 30,6% asegura casi nunca asistir a controles de salud y el 40,2% refiere que a veces asiste controles de salud

Gráfica 27 Control de la salud- Conducta sexual

Factor 9 Control de la salud- Conducta sexual

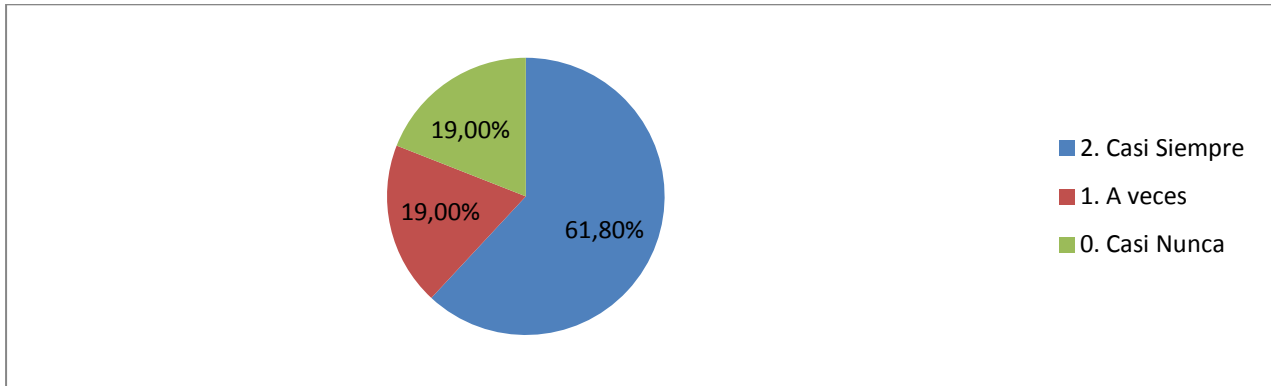


Fuente: estilos de vida de los estudiantes del programa de enfermería de una institución de carácter oficial de la ciudad de santa marta, magdalena. Sandra Polo Coronado, Aurisbeth Rojas Manjarres, Diana Utria Orozco

Al indagar sobre la conducta sexual, el 36,6% refiere conversar con su pareja y/o familia sobre temas de sexualidad (siempre), el 28,1% refiere que casi nunca conversa con su pareja y/o familia y el 35,1% refiere que a veces conversa con su pareja y/o familia

Gráfica 28 En mi conducta sexual me preocupo del autocuidado y del cuidado de mi pareja

Factor 9 Control de la salud- Conducta sexual

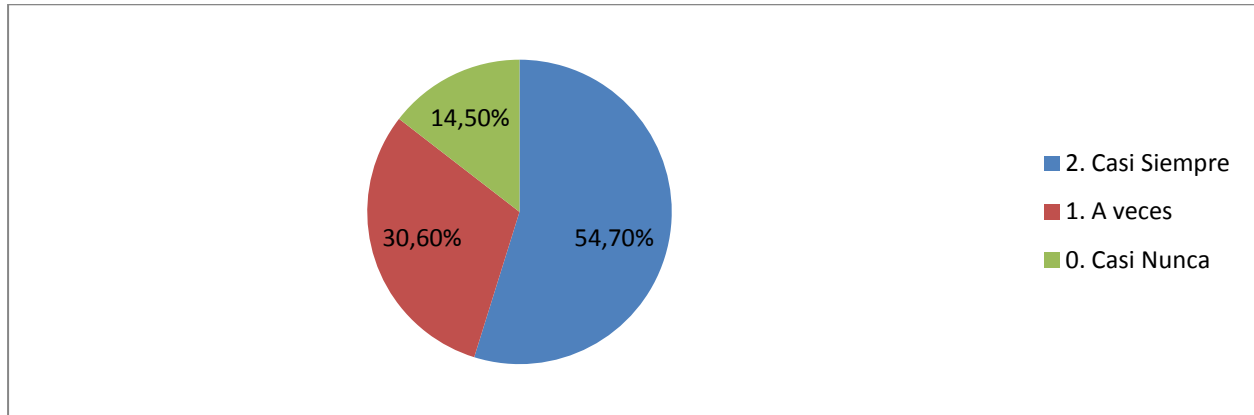


Fuente: estilos de vida de los estudiantes del programa de enfermería de una institución de carácter oficial de la ciudad de santa marta, magdalena. Sandra Polo Coronado, Aurisbeth Rojas Manjarres, Diana Utria Orozco

El 61,8% se preocupa por su autocuidado y el cuidado de su pareja (Casi siempre), el 19,0% a veces se preocupa por su autocuidado y el cuidado de su pareja y el 19,0% casi nunca se preocupa por su autocuidado y el cuidado de su pareja.

Gráfica 29 Como peatón, pasajero del transporte público y/o automovilista, soy respetuoso de las ordenanzas de tránsito

Factor 10 Otras conductas

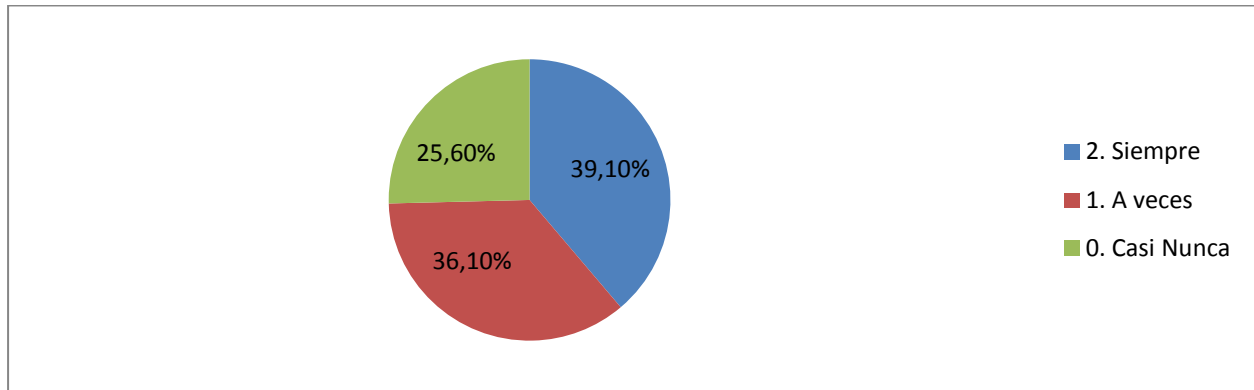


Fuente: estilos de vida de los estudiantes del programa de enfermería de una institución de carácter oficial de la ciudad de santa marta, magdalena. Sandra Polo Coronado, Aurisbeth Rojas Manjarres, Diana Utria Orozco

El 54,7% refiere casi siempre ser respetuoso (a) de las ordenanzas/señales de tránsito, solo el 30,6 % refiere que a veces es respetuoso (a) de las ordenanzas/señales de tránsito y el 14,5% casi nunca es respetuoso (a) de las ordenanzas/señales de tránsito

Gráfica 30 Uso cinturón de seguridad

Factor 10 Otras conductas



Fuente: estilos de vida de los estudiantes del programa de enfermería de una institución de carácter oficial de la ciudad de santa marta, magdalena. Sandra Polo Coronado, Aurisbeth Rojas Manjarres, Diana Utria Orozco

Solo el 39,1% refiere siempre el uso de cinturón de seguridad de forma regular, el 36,1% a veces usa el cinturón de seguridad y el 25,6% casi nunca usa el cinturón de seguridad.

7.2. COMPORTAMIENTOS Y RIESGOS EN SALUD

Al realizar el promedio de las respuestas, se halla que la pregunta concerniente a pertenencia a un grupo de apoyo a su salud, es la peor evaluada con un índice de $0,7 / 2$, mientras que la mejor evaluada resulta ser la concerniente al consumo de tabaco con un índice de $1,9 / 2$.

Al realizar la discriminación por dimensiones (Tabla 1), se encuentra que la dimensión mejor evaluada es la concerniente al consumo de Tabaco y la peor evaluada es la de Asociatividad – Actividad Física, con índices de $1,9 / 2$ y $0,9 / 2$, respectivamente y tres en riesgo nutrición sueño-estrés y control de la salud conducta sexual con índices de $1,1/2$ respectivamente. El sexo femenino, evidencia puntuaciones mayores bajo las dimensiones

concernientes a Familia y amigos, Nutrición, Tabaco, Alcohol y otras drogas, Sueño y estrés, Trabajo y tipo de personalidad, Introspección, Conductas de salud y conducta sexual y otras conductas, mientras los hombres, muestran mayores puntuaciones bajo la dimensión Asociatividad y actividad física.

Tabla 1 .Promedio de las dimensiones evaluadas por el cuestionario FANTASTICO.

Dimensión	Hombre	Mujer	General
Familia y Amigos.	1,6	1,6	1,6
Asociatividad – Actividad física.	1,0	0,8	0,9
Nutrición.	1,0	1,1	1,1
Tabaco.	1,8	1,9	1,9
Alcohol - Otras drogas.	1,7	1,7	1,7
Sueño – Estrés.	1,1	1,2	1,1
Trabajo – Tipo de personalidad.	1,1	1,2	1,2
Introspección.	1,1	1,2	1,2
Control de salud – Conducta sexual.	1	1,1	1,1
Otras conductas.	1,1	1,2	1,2

Fuente: Cuestionario FANTASTICO. **Nota:** Todos los valores son expresados sobre dos -2-.

7.3. CONOCIMIENTO DEL ESTILO DE VIDA SEGÚN LAS ALTERACIONES EN LAS DIMENSIONES COMPORTAMIENTOS Y RIESGOS

El estilo de vida de la muestra de estudiantes del programa de enfermería de la Universidad del Magdalena (Tabla 2). El estilo de vida se sitúa como “Bueno” (promedio) para la muestra total, con una puntuación general de 93 (DE: 10)

Tabla 2 Evaluación del estilo de vida de la muestra de estudiantes.

Rango de puntuación	Evaluación del Rango	N	% sobre la muestra total
De 103 a 120	Estilo de vida Fantástico.	19 personas	9,5%
De 85 a 102	Buen Trabajo. En el camino correcto.	88 personas	44,2%
De 73 a 84	Estilo de vida adecuado.	50 personas	25,1%
De 47 a 72	Estilo de vida algo bajo.	38 personas	19%
De 0 a 46	Estilo de vida riesgoso	4 personas	2%

Fuente: Cuestionario FANTASTICO

8. DISCUSIÓN

El presente proyecto de investigación describe las prácticas que hacen parte del estilo de vida de los jóvenes estudiantes del programa de enfermería de una Universidad de carácter público del Magdalena, así como las diferencias que existen de acuerdo al sexo y la evaluación del estilo de vida actual. Fueron evaluadas 10 dimensiones del estilo de vida, de estas, 6 fueron consideradas como saludables, mientras 3 se consideraron en riesgo (Nutrición, Sueño – estés y Control de salud – conducta sexual) y 1 dimensión fue evaluada como poco saludable (Asociatividad – actividad física). Esto muestra la importancia de realizar una revisión detallada de los comportamientos incluidos en estas dimensiones y puntualizar las áreas a intervenir, con la finalidad de disminuir el riesgo de que en algún momento de la vida estos aspectos se vean afectados de manera negativa a causa de un predominio de actividades no saludables. Al realizar las comparaciones según el sexo, las mujeres muestran mayor número de dimensiones saludables en comparación con sexo opuesto, dato que es respaldado con otras investigaciones (51), y que es congruente con los datos hallados por Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003 (52), quienes exponen la capacidad de la mujer para cuidar más de sí misma, mostrando ser una tarea asociada a los roles de género. Solo en la dimensión Asociatividad – Actividad física, los hombres mostraron mayor predominio de prácticas saludables, mostrando predominio de un estilo de vida más sedentario en el sexo femenino (53).

En la dimensión Familia y amigos, se hallan conductas motivadas orientadas a la interacción familiar, con amigos y pareja, más se encuentra que solo el 18,5% de la muestra refiere dar y recibir cariño. En el componente Asociatividad de la segunda dimensión, solo el 40,2% refiere ser integrante activo de un grupo de apoyo a su salud y/o calidad de vida. Las

actividades expuestas anteriormente, no solo favorecen a la salud de quien las practica, sino también la inclusión social (54).

En la dimensión Asociatividad – actividad física, se muestran índices bajos en la práctica de actividades físicas, lo que evidencia conductas sedentarias en la muestra de estudiantes, hecho mayormente pronunciado en la población femenina.

En la dimensión 3, nutrición, se refiere poco consumo de alimentos saludables e ingesta de alimentos con alto contenido de azúcar, sal o mucha grasa. Se encuentra que el 74,8% de la muestra se encuentra en su peso ideal. Los datos hallados difieren de otros estudios donde el grupo de jóvenes demostró un consumo adecuado de todos los grupos alimenticios y eran expuestos hábitos regulares para la alimentación (55), mientras se hallan similitudes con otros estudios donde los estudiantes universitarios demuestran mayor consumo de comida chatarra o alimentos altos en carbohidratos, azúcar y sal (56).

La dimensión Tabaquismo, muestra índices del 9% del hábito de fumar, como elemento antiguo o actual. La información encontrada difiere con la de otros estudios en población con similares condiciones. Un estudio llevado a cabo en la Universidad de Maimónides, sobre el tabaquismo en estudiantes universitarios de carreras relacionadas con la salud, encontró prevalencia elevada de consumo de cigarrillo (57), situación que parece contrastar la hallada en la presente investigación.

Bajo la dimensión Alcohol y otras drogas, se muestra alto consumo de alcohol en el 89,7% de la muestra y el uso del automóvil en estado de embriaguez en el 4% de los encuestados. Solo el 5% refiere haber consumido sustancias ilegales como marihuana, cocaína o pasta base. Se halla consumo de bebidas estimulantes como café, bebidas cola o similares en el 18,5%, en

cantidades de 3 a 6 veces al día. Estudios similares en estudiantes universitarios muestran alta prevalencia de hábitos no saludables en cuanto al consumo de alcohol, drogas y bebidas estimulantes (58). También se halla abuso de medicamentos recetados o de venta libre en un 26,1% de la muestra.

Respecto al factor Sueño y estrés, se encontró que solo el 34,1% refiere dormir bien y sentirse descansado, respecto a calidad y cantidad de horas de sueño. Este elemento es un área de vital importancia en el estilo de vida puesto que el sueño y descanso, son factores favorecedores de la salud física y psicológica, que influyen en la concentración, el estado anímico, el rendimiento físico e intelectual (Buela-Casal G & Sierra J, 1994) (59-61). Se encuentra además que el 67,8% de los estudiantes se siente incapaz de manejar las situaciones estresantes o las tensiones en su vida. Es ampliamente conocida la influencia de la práctica académica sobre el estilo de vida de los estudiantes universitarios, el periodo de estudios y con mayores niveles, el periodo cercano a exámenes, muestran influencia en la aparición y desarrollo de hábitos insalubres, incluyendo exceso en el consumo de cafeína, tabaco, sustancia psicoactivas como estimulantes, así como el uso de tranquilizantes, alteraciones en el sueño y en la nutrición (62-63), aunque algunos estudios como el de Fisher y Hood (1987), muestran incrementos significativos de estrés, depresión, síntomas obsesivos y pérdida de concentración en estudiantes en periodos de estadía en la universidad sin haber sido sometidos ni estar cercano a periodo de exámenes, demostrando que no debe unirse el estrés académico de forma exclusiva al periodo de exámenes.

En la dimensión trabajo y tipo de personalidad, poco más de la mitad de los estudiantes refieren sentirse contentos con sus actividades diarias, datos similares fueron encontrados en otros estudios (51), por otra parte cabe destacar que una persona puede evaluar de manera

distinta uno o más aspectos de su vida, mostrando satisfacción con uno u otro. Este es un componente valorativo y es descrito dentro de las teorías clásicas de la motivación descritas por Kandel et al (1997) y Reeve (1994), y se complementan con las propuestas de Clemente & cols (2000), quienes aseguran que la satisfacción con la vida y el estilo de vida, responde a criterios personales basados en expectativas, aspiraciones, objetivos y variables culturales, entre otras.

Por otro lado, los estudiantes refieren alteraciones en su personalidad, estados de agresión, ira, enojo y nerviosismo, parecen estados comunes en ellos y un 8% refieren sentirse de este modo, de forma permanente. Respecto a la dimensión introspección, se encuentra que en su mayoría, los estudiantes se consideran a sí mismo como pensadores positivos u optimistas, aunque refieren estados de tensión, depresión o tristeza de modo muy común, datos similares fueron hallados en el estudio llevado a cabo por Lema et al (2009) en estudiantes universitarios de una institución privada de Colombia.

En la dimensión Control de la salud y conducta sexual, que incluye elementos propios del autocuidado y responsabilidad personal, sobresalen la asistencia a controles médicos preventivos de manera periódica, la cual es solo es practicada por el 29,1% de la muestra, así mismo, un 30,6% refiere nunca asistir a controles de salud, datos similares se han hallado en otros estudios (25). Al indagar sobre la conducta sexual, el 36,6% refiere conversar con su pareja sobre temas de sexualidad y el 61,2% se preocupa por su autocuidado y el de su pareja. En el factor Otras conductas, se encuentra que el 54,7% refiere ser respetuoso de las ordenanzas de tránsito y solo el 39,1% refiere el uso del cinturón de seguridad de forma regular.

En las dimensiones consideradas como riesgosas se encuentran las de: nutrición, sueño-estrés y control de la salud y conducta sexual, hallando similitudes en el estudio de Córdoba D,

Carmona M donde exponen que en los hábitos de alimentación el 29,5% de los estudiantes consumen todos los días dos porciones de verduras y tres de frutas mientras que el 76% consume a menudo demasiada azúcar, sal comida chatarra o mucha grasa, que el 59,3% de los estudiantes considera que se encuentran dentro de su peso ideal; en cuanto a los hábitos de sueño y estrés se encontró que el 68,1% de los estudiantes no duermen bien y no se sienten descansados, el 57,4% no se siente capaz de manejar el estrés o la tensión en su vida y que el 41,1% no se relaja ni disfruta de su tiempo libre. Referente a la dimensión control de la salud- conducta sexual: en el manejo del auto cuidado el 85,1% no se realiza controles de salud en forma periódica, el 42,3% casi siempre conversa con su pareja o familia temas de sexualidad, el 75,5% se preocupan del auto cuidado y del cuidado de su pareja en su conducta sexual.

La dimensión hallada como poco saludable en la presente investigación corresponde a la de Asociatividad- Actividad física lo que difiere de cuya investigación anteriormente mencionada donde se encontró que aunque hay mas practicas saludables que no saludables solo el 16,8% de los estudiantes tuvieron participación en grupos de apoyo a su salud y calidad de vida como organizaciones de auto cuidado, clubes; entre las practicas positivas se destaca que el 58% de los estudiantes realiza actividad física tres o más veces por semana y 89,6% camino al menos 30 minutos diariamente.

Se han encontrado datos similares en las dimensiones como saludables dentro del estudio (Familia y Amigos, Trabajo- Tipo de Personalidad, Introspección, Tabaco, Alcohol y Otras Drogas y Otras Conductas) con los resultados hallados en la investigación de Córdoba D y Carmona M a excepción de la dimensión Tabaco, Alcohol y Otras Drogas considerada como poco saludable en la que el 35,7% de los estudiantes fuman y el 1,7% fuman más de 10 cigarrillos al día, el 17,8% consume más de 8 bebidas alcohólicas a la semana, el 62,6% bebe más

de 4 bebidas alcohólicas en una sola ocasión, 2,7% conduce un automóvil después de beber alcohol, 5,5% consume drogas, 33,2% hace uso de fármacos que pueden comprar sin receta, 12,4% consume más de tres veces al día café, té o bebidas de cola que tienen cafeína.

El sistema de evaluación utilizado para el presente estudio, ayuda al estudiante a identificar los problemas en su estilo de vida, constituyéndose en una fase de contemplación para evaluar y modificar su comportamiento, con el objetivo de que el individuo sea capaz de admitir que tiene un problema y se plantee superarlo. La parte final del cuestionario, ayuda a identificar los problemas, si mismo, problemas en la dimensión nutrición, se saben que podrían conducir a problemas metabólicos y cardiovasculares o alteraciones en las dimensiones introspección, Sueño y estrés, que su diagnóstico podría ser de utilidad para la búsqueda de ayuda psicológica al presentar estados emocionales negativos relacionados con Ira, ansiedad y depresión.

Solo el 2% de la muestra total, presenta un estilo de vida considerado bajo o riesgoso. Los resultados fueron promediados situando a la muestra total con una puntuación (promediada) de 93 (DE: 10), Lo que equivale a un rango de evaluación según el cuestionario correspondiente a “Buen trabajo. En el camino correcto” acercándose al denominado “Estilo de vida FANTASTICO”. Y en comparación con el estudio realizado por Córdoba D, Carmona M se encontro similitud en cuanto a que los estudiantes tienen un estilo de vida saludable con un porcentaje

9. CONCLUSIÓN

A partir de la anterior investigación se puede concluir que:

La dimensión mejor evaluada es la concerniente al consumo de Tabaco y la peor evaluada es la de Asociatividad – Actividad Física, con índices de 1,9 / 2 y 0,9 / 2, respectivamente; Al realizar el promedio de las respuestas, se halla que la pregunta concerniente a pertenencia a un grupo de apoyo a su salud, es la peor evaluada con un índice de 0,7 / 2, mientras que la mejor evaluada resulta ser la concerniente al consumo de tabaco con un índice de 1,9 / 2; El sexo femenino, evidencia puntuaciones mayores bajo las dimensiones concernientes a Familia y amigos, Nutrición, Tabaco, Alcohol y otras drogas, Sueño y estrés, Trabajo y tipo de personalidad, Introspección, Conductas de salud y conducta sexual y otras conductas, mientras los hombres muestran mayores puntuaciones bajo la dimensión Asociatividad y actividad física, identificando los aspectos a intervenir relativos al sexo.

El estilo de vida se sitúa para la muestra total sobre una puntuación general de 93 (DE: 10), Lo que equivale a un rango de evaluación según el cuestionario, correspondiente a “Buen trabajo, En el camino correcto” acercándose al denominado “Estilo de vida FANTASTICO”; Solo el 2% de la muestra total, presenta un estilo de vida considerado riesgoso y Fueron evaluadas 10 dimensiones del estilo de vida, de estas, 6 fueron consideradas dentro de los rangos de evaluación como saludables, mientras 3 se consideraron en riesgo (Nutrición, Sueño – estrés y Control de salud – conducta sexual) y 1 dimensión fue evaluada como poco saludable (Asociatividad – actividad física).

10. SUGERENCIA

Se evidencia la necesidad de realizar más investigaciones respecto al estilo de vida en estudiantes universitarios debido que en Colombia existen pocas investigaciones sobre este tema siendo este un factor que influye negativamente en la aplicación de intervenciones de promoción y prevención.

Se debe implementar intervenciones con base aquellos comportamientos de riesgo que determinan un estilo de vida poco saludable como: Asociatividad- actividad física donde se muestran índices bajos en la práctica de actividades físicas y la poca pertenencia a un grupo de apoyo a mi salud y calidad de vida (organizaciones de autocuidado)lo que evidencia conductas sedentarias en la muestra de estudiantes afectando la calidad de vida de estudiantes universitarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. REAVENG. BANTINGlecture 1988. Role of insulin resistance in human disease. Diabetes. 1988; 37: 1595-607.
2. U.S. Department of Health and Human Services. Health-related quality of life and activity limitation—eight states. MMWR. 1998; 47:135-40.
3. CSEF - Canadian Society for Exercise Physiology. The Canadian Physical Activity, Fitness and Lifestyle Appraisal: CSEP's guide to health active living. 2nd ed. Ottawa: CSEF; 2003.
4. LÓPEZ J, Rodríguez J, Munguia C, Hernández J, Casas de La Torre E. Validez y fiabilidad del instrumento FANTASTIC para medir el estilo de vida de pacientes mexicanos con hipertensión arterial. Aten Primaria. 2000; 26: 542-9.
5. PASTOR Y. Un estudio de la influencia del autoconcepto multidimensional sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia media. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Valencia. 1999.
6. ERBENR, Franzkowiak P, Wenzel E. Assessment of the outcomes of health intervention. Social Science and Medicine 1992; 35 (4): 359-65.
7. USDHHS - U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity and Health: a Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 1996.
8. RODRÍGUEZ R, López JM, Munguia C, Hernández-Santiago JL, Bermúdez M. Validez y consistencia del instrumento "FANTASTIC" para medir estilo de vida en diabéticos. RevMed IMSS. 2003; 41: 211-20.
9. RODRÍGUEZ C, Reis R, Petroski E. Brazilian Version of a Lifestyle Questionnaire: Translation and Validation for Young Adults. ArqBrasCardiol. 2008; 91: 92-8.
10. SALAZAR I, Varela M, Lema L, Tamayo J, Duarte C. Evaluación de las conductas de salud en jóvenes universitarios. Rev. salud pública. 2010; 12 (4): 599-611.
11. WILSON D, Ciliska D. Life-style assessment: Development and use of the FANTASTIC checklist. Can FamPhysician. 1984; 30: 1527-32.
12. DAHLGREN, G, Whitehead, M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. 1991. Estocolmo: Institute of FutureStudies.

13. MataixverdúJ, Sánchez Campos M. Adolescencia. In: MataixVerdú J, editor. *Nutrición y Alimentación Humana: Tomo II. Situaciones fisiológicas y Patológicas España*: Ergon Madrid; 2002. p. 869-881.
14. MORENO L, Rodríguez G. Nutrición en la adolescencia. In: Gil A, editor. *Tratado de Nutrición: Tomo III. Nutrición Humana en el Estado de salud*: Grupo Acción Médica Madrid; 2005. p. 321-343.
15. DALMAUSerra J. Nutrición en la Infancia y en la adolescencia. In: Carbajal Azcona A, Martínez Roldán C, editors. *Manual práctico de nutrición y salud*: Exlibris Ediciones; 2012. p. 207-221.
16. WEBB E, Ashton CH, Kelly P, KamaliF. Alcohol and drug use in UK university students. *TheLancet*. 1996; 348 (9032): 922-925.
17. VON Bothmer M, Fridlund B. Gender differences in health habits and in motivation for a healthy lifestyle among Swedish university students. *Nursing and Healthsciences*. 2005; 7 (2): 107-118.
18. ASHTON CH, Kamali F. Personality, lifestyles, alcohol and drug consumption in a sample of British medical students. *Medical Education*. 1995; 29 (3): 187-192.
19. MUSAIGERA, Lloyd O, Al-Neyadi S, Bener A. Lifestyles factors associated with obesity among male university students in the Arab Emirates. *Nutrition&FoodScience*. 2003; 33 (4): 145-147.
20. ALPARS, Senturan L, KarabacakÜ, Sbuncu N. Change in the health promoting lifestyle behaviour of Turkish University nursing students from beginning to end of nurse training. *Nurse Education in Practice*. 2008; 8 (6): 382-388.
21. BAHÇECİK, N., Alpar, E.Ş., Yazıcı, Z., and Erten, H. Views on and expectations from education of Marmara University, School of Nursing Students.in: 4th National Nursing Education Symposium Book. ÇevikMatbaacılık, Istanbul; 1999.
22. CRAVEN, RF. and Hirnle, CJ. *Fundamentals of nursing.Human Health and Function*. Fourth ed. Lippincott, Philadelphia; 2003.
23. HARKREADER, H. and Hogan, M.A. *Fundamentals of Nursing: Care and Clinical Judgement*.second ed. Saunders, St. Louis; 2004Özcan, K, Bilgin, H. Relationship between self-care ability and behaviour on health issues of University students. In: 2nd International & 9th National Nursing Congress, September 7–11, Antalya, Turkey, 2003; 673–676.
24. CLEMENT, M., Jankowski, LW., Bouchard, L., Perreault, M., and Lepage, Y. Health behaviors of nursing students: a *longitudinalstudy*.*Journal of Nursing Education*. 2002; 6: 257–265.




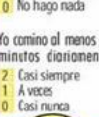


















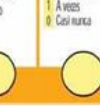




25. RODRÍGUEZ J, Agulló E. Estilos de vida, cultura, ocio y tiempo libre de los estudiantes universitarios. *Psicothema*. 1999; (11) 2: 247-259.
26. RUIZ E, Del Pozo S, Valero T, Ávila J, Varela T. Estudio de hábitos alimentarios y estilos de vida de los universitarios españoles Patrón de consumo de bebidas fermentadas. *FEN*.
27. ARGUELLO M, Bautista Y, Carvajal J, De Castro K, Díaz D, Escobar M, et al. Estilos de vida en estudiantes del área de la salud de Bucaramanga. *Revista de Psicología*. 2009; 1 (2).
28. LEMA L, Salazar I, Varela M, Tamayo J, Rubio A, Botero A. Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento psicológico*. 2009; 5 (12): 71-88.
29. PÁEZ M, Castaño J. Estilos de vida y salud en estudiantes de una facultad de psicología. *Psicología desde el Caribe*. 2010; (25): 155-178.
30. SALAZAR I, Arrivillaga M. El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de Psicología*. 2004; 13: 74-89.
31. MUÑOZ, M, Uribe A. Estilos de vida en estudiantes universitarios. *Psicogente*. 2013; 16 (30): 356-367.
32. LEDO-VARELA M, Luis D, González-Sagrado M, Izaola O, Conde R, Aller R. Características nutricionales y estilo de vida en universitarios. *Nutrición Hospitalaria*. 2011; 26 (4): 814-818.
33. CÓRDOBA D, Carmona M, Terán O y Márquez O. Relación del estilo de vida y estado de nutrición en estudiantes universitarios: estudio descriptivo de corte transversal. *RevMEDWAVE*2013;13(11): e5864
34. GODOY J. Psicología de la Salud: delimitación conceptual. In M. A. Simón (Ed.), *Manual de psicología de la salud: Fundamentos, metodología y aplicaciones*. 1999; pp. 39-75. Madrid: Biblioteca Nueva.
35. SINGER B, Ryff C. (2001). *New horizons in health: On integrative approach*. Washington DC, EEUU: NationalAcademyPress.
36. LÓPEZ-Fernández L, Aranda-Regules J. (1994). *Promoción de la salud: un enfoque en salud pública*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
37. PIEDROLA. *Medicina Preventiva y Salud Pública*; 2008 (11ª edición ed.). Barcelona: Elsevier.
38. OMS. (1986). *Carta de Ottawa sobre promoción de la salud*. Ginebra: OMS Retrieved from <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaChapterSp.pdf>.

39. SELIGMAN, M. Positive Health. *Applied Psychology: An international review*. 2008; 57 (Supl.), 3-18.
40. RYFFFC, Singer B, Love D. Positive health: connecting well-being with biology. *PhilosTrans R SocLond B BiolSci*. 2004; 359(1449): 1383-1394.
41. MENÉNDEZ E. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*. 1998; 46: 37-67.
42. ERBENR, Franzkowiak P, Wenzel E. Assessment of the outcomes of health intervention. *SocSciMed*. 1992; 35(4): 359-365.
43. BORRELL, Rohlf, Artazcoz, &Muntaner, 2004; Krieger, Williams, & Moss, 1997; Lahelma, Martikainen, Laaksonen, &Aittomaki, 2004.
44. EMBREEB, Whitehead P. Validity and reliability of self-reported drinking behavior: dealing with the problem of response bias. *J Stud Alcohol*. 1993; 54(3): 334-344.
45. GIOVANNUCCIE, Colditz G, Stampfer M, Rimm E, Litin L, Sampson L, et al. The assessment of alcohol consumption by a simple self-administered questionnaire. *Am J Epidemiol*. 1991; 133(8): 810-817.
46. MIDANIKL. Perspectives on the validity of self-reported alcohol use. *Br J Addict*. 1989; 84(12): 1419-1423.
47. CATARINA.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lad/blanco.../capitulo3.pdf
48. LAZARUS, R. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Ed. Martínez Roca.
49. NASH N, Trujillo JU, López MF, Peña M, Quintero E. Alimentación y actividad física, factores relacionados con el estilo de vida de los universitarios. *PsicoPedia Hoy*. 2012; 14(156).
50. RODRÍGUEZ-Moctezuma R, López-Carmona JM, Munguía Miranda C, Hernández-Santiago JL, Bermúdez-Martínez M. Validez y consistencia del instrumento "FANTASTIC" para medir estilo de vida en diabéticos. *RevMed IMSS*. 2003; 41:211-20.
51. RODRÍGUEZ Añez CR, Reis RS, Petroski EL. Brazilian version of a lifestyle questionnaire: translation and validation for young adults. *ArqBrasCardiol*. 2008; 91(2):92-8.
52. LANGEI, Vio F. Guía para universidades saludables y otras instituciones de educación superior. Santiago, Chile: OMS, OPS, 2006.

53. LEMA L, Salazar I, Varela M, Tamayo J, Rubio A, Botero A. Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: Satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico*. 2009; 5 (12): 71-88.
54. ARRIVILLAGAM, Salazar I, Correa D. Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*. 2003; 34 (4): 186-195.
55. ELIZONDO-ALMENDÁRIZJ, Guillén F, Aguinaga I. Prevalencia de actividad física y su relación con actividades sociodemográficas y estilos de vida de la población de 18 a 65 años de Pamplona. *Revista española de Salud Pública*. 2005; 79 (5): 559-567.
56. RODRÍGUEZ J, Agulló E. Estilos de vida, cultura, ocio y tiempo libre de los estudiantes universitarios. *Psicothema*. 1999; 11 (2): 247-259.
57. SÁMANO R, Flores-Quijano M, Casanueva E. Conocimientos de nutrición, hábitos alimentarios y riesgo de anorexia en una muestra de adolescentes de la ciudad de México. *RESPYN*. 2006; 6 (2).
58. ESPINOZA L, Rodríguez F, Gálvez J, MacMillan N. Hábitos de alimentación y actividad física en estudiantes universitarios. *Revista chilena de nutrición*. 2011; 38 (4): 458-465.
59. LUCCIOLIN, Negri G, Piña N, Herrera J. El hábito de fumar en estudiantes universitarios (Carreras relacionadas con la salud). *Revista de la Maestría en Salud Pública*. 2004; 2 (3).
60. SALAZAR I, Arrivillaga M. el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios. *Revista Colombia de Psicología*. 2004; 13: 74-89.
61. MIRÓ E, Cano-Lozano M, Bucla-Casal G. Sueño y calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología*. 2005; 14: 11-27.
62. SIERRA J, Jiménez C, Martín J. Calidad del sueño en estudiantes universitarios: Importancia de la higiene del sueño. *Salud Mental*. 2002; 25 (6): 35-43.
63. DINGESF. The state of sleep deprivation: from functional biology to functional consequences. *Sleep medicine reviews*. 2000. 10; 605-606.
64. HERNÁNDEZ J, Pozo C, Polo, A. Ansiedad ante los exámenes: Un programa para su afrontamiento de forma eficaz. Valencia: Promolibro. 1994.
65. MENDOZA L et cols. Factores que ocasionan estrés en estudiantes universitarios. *ENE, Revista de Enfermería*. 2010; 4 (3): 35-45.
66. GAMARRA M, Rivera H, Alcalde M, Cabellos D. Estilo de vida, Autoestima y apoyo social

ANEXO

1. CUESTIONARIO ESTILOS DE VIDA “FANTASTICO”

F	A	N	T	A	S	T	I	C	O
Familia y Amigos Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mí: 2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca  Yo doy y recibo cariño: 2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca 	Asociatividad. Actividad Física Soy integrante activo(a) de un grupo de apoyo a mi salud y calidad de vida (organizaciones de autocuidado, clubes de enfermos crónicos, deportivos, religiosos, mujeres, adultos mayores, vecinales y otros). Yo participo: 2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca  Yo realizo actividad física (caminar, subir escaleras, trabajo de casa, jardinear) o deporte durante 30 min. cada vez: 2 3 o más veces por semana 1 1 vez x semana 0 No hago nada Yo como al menos 30 minutos diariamente: 2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca 	Nutrición Como 2 porciones de verduras y 3 frutas: 2 Todos los días 1 A veces 0 Casi nunca  A menudo consumo mucho azúcar o sal o comida chatarra o con mucho grasa: 2 Ninguna de estas 1 Algunas de estas 0 Todas estas  Estoy pasado(a) de mi peso ideal en: 2 0 a 4 kilos de más 1 5 a 8 kilos de más 0 Más de 8 kilos 	Tabaco Yo fumo cigarrillos: 2 No, los últimos 5 años 1 No, el último año 0 Si, este año  Generalmente fumo cigarrillos por día: 2 Ninguno 1 De 0 a 10 0 Más de 10 	Alcohol. Otras Drogas Mi número promedio de tragos (botella de cerveza, vaso de vino, copita trago fuerte) por semana es de: 2 0 a 7 tragos 1 8 a 12 tragos 0 Más de 12 tragos  Bebo más de cuatro tragos en una misma ocasión: 2 Nunca 1 Ocasionalmente 0 A menudo  Manejo el auto después de beber alcohol: 2 Nunca 1 Solo rara vez 0 A menudo  Bebo café, té o bebidas cola que tienen cafeína: 2 Menos de 3 al día 1 De 3 a 6 al día 0 Más de 6 al día 	Sueño. Estrés Uso drogas como marihuana, cocaína e paste base: 2 Nunca 1 Ocasionalmente 0 A menudo  Uso excesivamente los remedios que me indican o los que puedo comprar sin receta: 2 Nunca 1 Ocasionalmente 0 A menudo  Bebo café, té o bebidas cola que tienen cafeína: 2 Menos de 3 al día 1 De 3 a 6 al día 0 Más de 6 al día  Duermo bien y me siento descansado/a: 2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca  Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión de mi vida: 2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca  Yo me relajo y disfruto mi tiempo libre: 2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca 	Trabajo. Tipo de Personalidad Pasa que ando aburrido/a: 2 Casi nunca 1 Algunas veces 0 A menudo  Me siento enojado/a o agitado/a: 2 Casi nunca 1 Algunas veces 0 A menudo  Yo me siento contento(a) con mi trabajo o mis actividades: 2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca 	Introspección Yo soy un persona positiva u optimista: 2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca  Me siento tenso/a o apenado/a: 2 Casi nunca 1 Algunas veces 0 A menudo  Me siento deprimido/a o triste: 2 Casi nunca 1 Algunas veces 0 A menudo 	Control de Salud. Conducta Sexual Me realizo controles de salud en todo período: 2 Siempre 1 A veces 0 Casi nunca  Converse con mi pareja o mi familia, tengo de sexualidad: 2 Siempre 1 A veces 0 Casi nunca  En mi conducta sexual me preocupo del autocuidado y del cuidado de mi pareja: 2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca 	Otras conductas Como peatón, pasajero del transporte público y/o automovilista, soy respetuoso(a) de los ordenanzas del tránsito: 2 Siempre 1 A veces 0 Casi nunca  Uso cinturón de seguridad: 2 Siempre 1 A veces 0 Casi nunca 